Rok XLIX. Kraków, dnia 29. października 1910. Nr 44.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

W sprawie wyczuwalności wyrostka robaczkowego.

Podał

Prof. Dr Witold Orłowski (Kazań).

Do ostatniego czasu panował, jak wiadomo, pogląd, że wyrostek robaczkowy jest niedostępny dla badania bezpośredniego. Prace, dotyczące specyalnie sprawy wyczuwalności wyrostka w stanach chorobowych, jak również wyrostka zdrowego, zaczęły się pojawiać dopiero w latach ostatnich. Nie poruszając tutaj szczegółowo piśmiennictwa, odnoszącego się do tego przedmiotu, które poddałem krytycznemu rozbiorowi w swoich pracach poprzednich (1), uważam za niezbędne znowu zająć się tą sprawą. Za podnietę ku temu służy mi nowsza praca Rudnickiego (2), poświęcona sprawie wyczuwalności wyrostka robaczkowego. Nim jednak przystąpię do danych Rudnickiego, pozwolę sobie przypomnieć te wnioski, do których doszedłem podczas swych poszukiwań nad wyczuwalnością wyrostka robaczkowego, jakoteż uzupełnić to, com pisał w pracach poprzednich o metodzie wyczuwania wyrostka, którą stosuję.

Macając prawą okolicę biodrową u 510 mężczyzn, którzy nie przedstawiali objawów zapalenia wyrostka robaczkowego i nie przechodzili tej choroby przedtem, wyczułem wyrostek u 250, więc w 49%. We wszystkich tych przypadkach przed szukaniem wyrostka obznajmiałem się z innemi pętlami jelit, zaczynając od pętli esowatej i kończąc badaniem tych odcinków, które są usadowione w prawej okolicy biodrowej. Postępowałem więc wręcz przeciwnie niż Rudnicki, który przystępuje odrazu do badania wyrostka. Na tę okoliczność przy badaniu wyrostka zwracam szczególniejszą uwagę, ponieważ, tylko tak postępując, możemy się uchronić od możliwej pomyłki, mianowicie od uznania za wyrostek jakiegokolwiekbądź odcinka jelit, znajdującego się w stanie skurczu. Przy szukaniu jelita ślepego w prawej okolicy biodrowej, zwykłem za punkt wyjścia brać mięsień lędźwiowo-udowy, który najłatwiej wyczuwa się u chorego leżącego na wznak, z nieco podniesioną i skręconą nazewnątrz prawą dolną kończyną, gdy napięcie mięśnia jest największe. Znalazłszy kątnicę, szukam nawewnątrz od niej, jak również niżej od niej wyrostka, nie zmieniając położenia chorego; w tym celu prowadzę zgięte palce ręki z dołu ku górze i z zewnątrz na wewnątrz, prostopadle do długiej osi wyrostka. Jeśli powłoki brzuszne u badanego są bardzo napięte, badanie przeprowadzam na chorym, znajdującym się w gorącej kąpieli, która zmniejsza w znacznej mierze napięcie powłok brzusznych i przez to ogromnie ułatwia dostęp do narządów głębiej leżących. Nie mówię już o tem, że gorąca kąpiel zmniejsza bolesność i obniża odruchy, przez co również łatwiej dostać się głębiej do jamy brzusznej. Postępując w ten sposób, przekonałem się, że prawie w połowie przypadków można wyczuć wyrostek, przebiegający najczęściej ku wewnątrz i nieco ku dołowi w kształcie mniej lub więcej grubego postronka, o średnicy prawie 1 cm. Wyrostek wyczuwałem średnio na przestrzeni 4–6 cm; dolny odcinek jego gubił się w miednicy i był niewyczuwalny w większej liczbie przypadków. Wyrostek nie daje przy badaniu kruczenia i nie zmienia swej zbitości i objętości. To jest znamienna jego cecha, którą różni się on od leżącego w sąsiedztwie kątniczego odcinka jelita biodrowego, od okrężnicy poprzecznej, która dość często opuszcza się łukowato ku dołowi, dochodząc do zatoki biodrowej, wreszcie od pętli esowatej, opadających czasami również w okolicę kątnicy, jak również od innych pętli jelitowych. Usadowienie wszystkich tych odcinków jelitowych powinno być bezwarunkowo, wbrew zdaniu Rudnickiego, stwierdzone pierwej jeszcze, zanim przystąpimy do badania wyrostka. O tej znamiennej właściwości pętli jelitowych — że dają kruczenie i zmieniają swą zbitość i objętość podczas badania, zależnie od stanu warstwy mięsnej ściany jelita — wspominali już dawno Leube, Obrazcow (3), Hausman (4) i inni. Co prawda, pętla jelitowa może również czasami przedstawiać się w kształcie dość twardego postronka, nie zmieniającego swej zbitości i objętości i nie dającego kruczenia. W tych przypadkach pytanie, czy dany twór jest wyrostkiem robaczkowym, czy jakim innym odcinkiem jelit, zwłaszcza kątniczym odcinkiem jelita biodrowego, można rozstrzygnąć jedynie na zasadzie ponownego, czasami zaś wielokrotnego badania. W przeważnej liczbie przypadków, gdy wyrostek jest wyczuwalny, prześliźnięcie się jego pod palcami badającego odczuwa sam badany. W niektórych przypadkach wyrostek łatwiej i dobitniej wyczuwa się w zwykłem położeniu chorego na wznak bez podniesienia i obrotu nazewnątrz prawej kończyny dolnej. Wszystko zależy oczywiście od tego, w jakiem położeniu chorego najwyraźniej występuje różnica w stanie zbitości wyrostka i mięśnia biodrowo-lędźwiowego (m. ileo-psoas). W ostatnim czasie miałem nawet takie przypadki, w których w położeniu chorego na wznak z podnie-

sioną i obróconą na zewnątrz prawą kończyną dolną wyrostka nie było można wyczuć, w zwykłem zaś położeniu na wznak mogłem go wyczuć zupełnie wyraźnie. Okoliczność ta nie obniża, jak się samo przez się rozumie, doniosłości poleconej przezemnie metody, ponieważ metoda ta daje możność najczęstszego odszukania wyrostka; wskazuje jednak ona, że poprzednio, jak zresztą zaznaczałem już w swoich pracach dawniejszych, należy przeprowadzać badanie prawej okolicy biodrowej u chorego leżącego na wznak i tylko w razie ujemnego wyniku takiego badania przechodzić do badania chorego leżącego na wznak z podniesioną i obróconą na zewnątrz prawą kończyną dolną.

Przekonawszy się, że wyrostek robaczkowy można wyczuwać w wielu z tych przypadków, w których ani stan obecny chorego, ani wywiady nie wskazują na zapalenie wyrostka robaczkowego, wypowiedziałem zdanie, że wyczuwalność wyrostka nie jest jeszcze oznaką jego stanu chorobowego, że więc i prawidłowy wyrostek może być w wielu przypadkach, wbrew panującemu ogólnie poglądowi (Nothnagel, Schmidt i wielu innych), wyczuwany. Badając bolesność wyczuwalnych wyrostków, doszedłem w dalszym biegu do przekonania, że bolesność wyrostka przy badaniu również nie jest znamieniem pewnem i nieodzownem zapalenia wyrostka, ponieważ zdarza się ona u osób, które nie mają objawów zapalenia wyrostka i nie przechodziły tej choroby przedtem. Wśród 250 wyrostków, które wyczułem, wyrostek był bolesny w 146 (58·4%) przypadkach, jakkolwiek badane osoby ani dawniej nie przechodziły zapalenia wyrostka, ani nie okazywały tego schorzenia podczas badania. Inne wnioski, do których doszedłem podczas mych studyów nad okolicą biodrowo-kątniczą wogóle i wyrostkiem robaczkowym w szczególności, pomijam; pragnących zapoznać się z nimi odsyłam do moich na tem miejscu prac poprzednich, dotyczących omawianej sprawy.

(Dok. nast.).

Przetwór »Ehrlich-Hata 606«.

Podał

Dr M. Moudschein,

sekundaryusz szpitala powszechnego w Stanisławowie.

Wykonawszy dotąd przeszło 45 wstrzyknięć przetworu »Ehrlich-Hata 606« pragnę podzielić się z kolegami wynikami i wrażeniem, jakie dotąd odniosłem. Że przetwór ten zawiódł początkowe oczekiwania, iż zaraz po pierwszem wstrzyknięciu nastąpi zupełne zniszczenie zarazka, tak nazwanem przez Ehrlicha »Sterilisatio magna«, tego ja, w krótkim przeciągu czasu moich wstrzykiwań stosując od 26. lipca b. r. wprawdzie sam nie doświadczyłem, nie spostrzegałem bowiem dotąd nawrotów; znane są one jednak np. z doświadczeń prof. Frenkla, jakkolwiek stanowczo występują w mniejszej części dotąd spostrzeganych przypadków i z mniejszem nasileniem.

Nowy ten środek ma dwie główne zalety, których brakło dotychczasowemu leczeniu rtęciowo-jodowemu. Pierwsza — to nader szybkie, czasem wprost błyskawiczne, bo już w kilku godzinach, dodatnie zadziałanie na przeróżne objawy przymiotu; druga — to bardzo korzystny wpływ na cały ustrój chorego, a więc: lepszy humor, wzmożony, czasem szalony apetyt, a w parze z tem szybkie podniesienie na duchu i ciele. Nie przeczę, że entuzyazm, jaki opanował cały świat po ogłoszeniu pierwszych, nader pomyślnych wyników stosowania tego środka, może wiara w »cudowność« jego, wielką rolę grają we wpływie na psychikę chorego na przymiot, którego często trapią podniecane przez niestosowną lekturę myśli o ewentualnem szkodliwem działaniu kiły na rdzeń i mózg. Nie przeczę temu, ale twierdzę śmiało obok tego, że to podniecenie apetytu i w parze z tem idącej wagi ciała przypisać należy wielkiej zawartości arszeniku.

A teraz pokrótce chciałbym przytoczyć kilka główniejszych sposobów rozpuszczania, podanych przez różnych klinicystów. »Co kraj, to obyczaj« — mówi przysłowie — co klinika — to inny sposób rozpuszczania. Pierwszy Wechselman z Berlina podał następujący sposób: proszek »606« rozpuszcza się w 15% rozczynie ługu sodowego żrącego, poczem dodanie kilku kropel kwasu octowego zgęszczonego wywołuje bardzo delikatną żółto-kanarkową zawiesinę; następnie dodaje się do 2 cm^3 wody przekroplonej wyjałowionej i wreszcie tyle $^1/_{10}$ normalnego rozczynu ługu żrącego, aż nastąpi zupełne zobojętnienie rozczynu. Od dokładności zobojętnienia zależy bezbolesność wstrzyknięcia. Metoda to żmudna, dość trudna. Przytem wstrzykiwania między łopatki a kręgosłup wywołują często tuż po wstrzyknięciu występującą duszność, brak tchu, niemożność głębokich wdechów, przytem pewien lęk. Przedmiotowo stwierdziłem kilkakrotnie obniżenie liczby tętna aż do 54 i dość wybitną jego niemiarowość. Objawy te, jak na klinice Fingera, również spostrzeżono, pochodzą podobno od zadrażnienia nerwów międzyżebrowych i dlatego na wspomnianej klinice wstrzykują, arsenobenzol wprawdzie podskórnie, ale wyżej, a więc nie między łopatką, a kręgosłupem, lecz powyżej ponad dołkiem nadłopatkowym.

Drugi sposób rozpuszczania, zalecony przez samego prof. Ehrlicha, podany został w dwu odmianach; pierwszy to rozpuszczenie przetworu w kilku kroplach alkoholu metylowego, dodanie kilku cm^3 wody przekroplonej, w końcu $^1/_{10}$ normalnego rozczynu ługu żrącego aż do zobojętnienia. Druga najnowsza odmiana jest następująca: rozpuszczenie w 15% rozczynie ługu żrącego (najwyżej 1 cm^3) dodanie wody i ługu żrącego sodowego aż do zobojętnienia. Przeciw pierwszemu sposobowi, mianowicie przeciw rozpuszczeniu w alkoholu metylowym wystąpili głównie Bohač i Sobotka w Pradze, twierdząc, że alkohol metylowy działa wprost trująco na ustrój, że zmniejsza, nawet znosi odruchy, wywołuje zaparcie moczu, stolca i t. d. Nie wdając się w spór stąd wynikły, który udowodnił zupełną bezpodstawność tych twierdzeń, muszę od siebie nadmienić, że alkohol metylowy wywołuje de facto miejscowo dość silne podrażnienie tkanek, silny ból, może w ich następstwie znaczne podwyższenie ciepłoty. Dość, że alkohol metylowy zarzucono, a arsenobenzol rozpuszcza się obecnie albo w ługu żrącym (kilka kropel, najwyżej 1 cm^3) albo lepiej jeszcze tylko w wyjałowionej wodzie przekroplonej, jak to zaleca Alt z Uchttpringe. Sposób to faktycznie wedle moich doświadczeń najlepszy, o tyle może niewygodny, że przetwór

»606« rozpuszcza się dość powoli, tworząc ślizkie grudki w samej wodzie. Przez użycie dobrze cieplej wody skraca się znacznie czas rozpuszczania.

Co do ilości używanego do wstrzykiwań rozczynu, to z początku przez rozpuszczenie otrzymywano 25—30 cm³, płynu, który wstrzykiwano po połowie w oba pośladki. Z czasem przekonano się, że do rozpuszczenia wystarczy bez porównania mniej płynu, tak, iż obecnie rozczyn, który ma być wstrzyknięty, powinien wynosić 8—10 cm³. Ilość tę wstrzykuje się w jeden tylko pośladek, zostawiając wolny ten, na którym chory zwykle leży.

Nie potrzebuję chyba wspominać, że pedantyczna aseptyka naczynia, w którem się przetwór rozpuszcza, pipetek, strzykawki, rąk, pola operacyjnego, jest niezbędna do uzyskania dobrego wyniku, zapobieżenia następowemu zakażeniu i połączonym z tem bolom, gorączce, ewentualnie przejściu w ropień i wylaniu się na zewnątrz ropy, zawierającej resztki leku.

Chory po wstrzyknięciu leżeć powinien na brzuchu przez godzinę, poczem przez tydzień na wolnej od wstrzyknięcia stronie. Od zachowania się chorego zależy ból i następowo tworzące się nacieki, mniej lub więcej bolesne. Dyeta powinna być pożywna, przystosowana zupełnie do apetytu, a składać się ma przeważnie z nabiału i mięsa, nie wolno zaś podawać owoców, kompotów, kwasów, napojów wyskokowych, czarnej kawy, herbaty, palić tytoniu. Ciepłota przy zachowaniu ścisłem powyższych wskazówek albo się wcale nie podnosi albo najwyżej do 37·6⁰; tętno lekko podniecone, rzadko chwilowo niemiarowe, trzyma się między 70—100 uderzeń na minutę.

Co do moich przypadków, to z wyjątkiem kilku pospolitszych wybierałem do wstrzykiwań tylko t. zw. popularnie »ładne przypadki« to jest postacie przymiotu późnego albo złośliwego, gdzie dotąd stosowane leczenie rtęciowe zupełnie nie odniosło skutku, albo tylko skutek nieznaczny.

Dla wytworzenia sobie lepszego obrazu przytoczę kilka historyi chorób przed i po wstrzyknięciu:

1. A. B. zamężna, 35 lat. W marcu 1908 wysypka na całem ciele, miejsca zakażenia znaleść nie można. Leczona kilkakrotnie w szpitalu wstrzykiwaniami salicylanu rtęci, wewnętrznie jodem, wstrzykiwaniem 10% jodypiny, piciem rozczynu Zittmanna. Objawy: częste nawroty (co miesiąc, najwyżej dwa) w postaci osutki plamistej, kłykcin w gardle, przytem zajęcie torebek stawowych ze świdrującymi bolami (synovitis luetica), stały brak apetytu, silne wychudzenie. Chora w $^3/_4$ roku po zakażeniu zaczęła dostawać zmian trzeciorzędnych kilaków, na skórze całego ciała, dochodzących wielkości dłoni dziecka, a głównie na twarzy, czole, nosie. Mimo wyż przytoczonego nader energicznego leczenia, objawy te nie ustępowały, może nieznacznie się polepszały. Przytem silny białkomocz (nephritis luetica) z obrzękami koło kostek i wysięk surowiczy w prawej jamie opłucnej. Chora przebywała 15 miesięcy bez przerwy w szpitalu

26. lipca wstrzyknięcie »606« 0·4 w oba pośladki. Apetyt na drugi dzień ogromny, bole w stawach znikły. W następnych dniach wrzody kilakowe na czole, nacieklé blizny po kilakach powoli znikały, zmniejszały się, a do 12 dni zupełnie znikły. Białko w moczu po 2 tygodniach zaczęło się zmniejszać, tak, iż w 2 miesiące po wstrzyknięciu zupełnie znikło. Chora, przed tygodniem zupełnie wyleczona, bardzo dobrze wyglądająca opuściła szpital

2. S. M., urzędnik, 30 lat, wolny, przyjęty do szpitala 19. lipca b. r. Obraz nader złośliwej kiły (w 5 miesięcy po zakażeniu trzeciorzędne zmiany na skórze czoła, brody, wrzód żrący na prąciu, dreszcze, poty obfite, silne wychudzenie chory stracił w 5 tygodniach 10 kilogramów na wadze); mimo bardzo energicznego leczenia rtęciowo-jodowego Zittmanna.

26. lipca b. r. »606« (0·45) metodą Wechselmanna, między obie łopatki a kręgosłup. Bole dość znaczne przez kilka godzin po wstrzyknięciu. Apetyt na drugi dzień ogromny (trwa aż do dzisiaj), stan ogólny bardzo dobry, kilaki na czole, brodzie, wrzód na prąciu, w dwa dni po wstrzyknięciu pokryte ładną ziarniną. Dnia 4. sierpnia opuścił szpital wyleczony. Do czterech tygodni potem przybrał 8 kilogramów na wadze i czuje się dotąd zupełnie zdrów.

3. S. H., wieśniak, 18 lat, przyjęty 26. lipca z rozpoznaniem: kiła późna. Owrzodziały kilak podniebienia miękkiego ze zniszczeniem zupełnem języczka i łuków podniebienno językowych. Chory nie wie, kiedy się zakaził, pochodzi rzekomo ze zdrowych rodziców.

27. lipca »606« (0·5) sposobem Wechselmanna. Nader silny ból do 10. wieczór (wstrzyknięcie robiono o 2 popołudniu), konieczna morfina wewnętrznie. Tętno niemiarowe. Ciepłota ciała najwyższa 38⁰. Wrzody kilakowe na podniebieniu i łukach okrywają się do 3 dni piękną ziarniną. 16. sierpnia chory opuścił szpital z kilakiem zupełnie wygojonym.

Podobny przypadek:

4. H. D., lat 24, zamężna. Przyjęta do szpitala 28. lipca b. r. Pochodzi ze zdrowych rodziców, sama żadnego zakażenia nie spostrzegła. Od miesiąca zmiana na nosie, która się powiększa, od tego czasu zauważyła chora obrzęk i mierny ból podniebienia, poczem zrobił się w niem otwór, który w końcu doszedł wielkości halerza.

Rozpoznanie: Gumma exulcer. nasi, gumma perforans palati duri (lues tarda). Catarrhus apicis pulmonis utriusque. 29. VII. »606« (0·45) śródmięśniowo w oba pośladki. Tegoż dnia ból mierny w miejscach wstrzyknięcia. Tętno 100 — ciepłota 37·4. Ciepłota ciała podniosła się w dniach następnych do 38·9⁰, przy tętnie 116, co w wielkiej mierze wziąć trzeba na karb nieżytu szczytów płuc. Obrzęk podniebienia znikł w 2 dniach, brzegi otworu pokryły się bardzo dobrą ziarniną. Chora opuściła w dwa tygodnie po wstrzyknięciu szpital z otworem wielkości główki szpilki w podniebieniu; w tydzień później przedstawiła mi się z otworem zupełnie zarośniętym silną blizną. Kilak na nosie znikł zupełnie do 6 dni po wstrzyknięciu. Chora przybrała mimo gruźlicy 3 kilogramy na wadze.

Jak widzimy, w pierwszych dwu przypadkach, w których wstrzyknięcie arsenobenzolu poprzedziło leczenie rtęciowe, trzeciorzędne zmiany kiłowe o wiele krótszego potrzebowały czasu do zagojenia, niż w dwu ostatnich, gdzie poprzedzającego leczenia rtęciowego wcale nie było. Na potwierdzenie powyższego spostrzeżenia przytoczę jeszcze trzy moje przypadki, leczone arsenobenzolem.

5. J. E. 21 lat, wojskowy. Zakażenie w grudniu 1908; leczony najpierw w 6 okresach wcieraniami szaruchy, poczem w rok później znowu 5 okresów wcierań. Od 3 miesięcy kłykciny na głowie, kilak na obu kościach ciemieniowych rozpadły, wyraźnie chełboczący. Skóra nad nim obok wyż wspomnianych kłykcin nietknięta. Poza żuchwą po prawej stronie nacięto dymienicę, wielkości jaja gołębiego. W tydzień po wstrzyknięciu znikły kłykciny i kilak; dymienica, której gojenie się przedtem po nacięciu bardzo powolne robiło postępy, zabliźniła się w 10 dni po wstrzyknięciu.

6. A. M., maszynista, 38 lat, żonaty. Przed 17 laty zakażenie podczas służby wojskowej. Z początku wcale nie leczony. Dopiero w maju b. r. 10 wstrzyknięć salicylanu rtęci (10%), zupełnie bez skutku. Rozpoznanie: Guma ex-

ulcer. epiglottidis (wielkości grochu) oedema glottidis (silna chrypka, duszność wdechowa (gummata cutanea exulcerantia dorsi ac pedis utriusque. Paronychia luetica.

23. VIII. »606« (0·5) w oba mięśnie pośladkowe. Silny naciek z zaczerwienieniem skóry obu pośladków trzeciego dnia po wstrzyknięciu, naciek ten trwał do 4 tygodni. Zaczerwienienie znikło po 4 dniach pod wpływem okładów kwaśnych. Za 10 dni chory odzyskał zupełnie głos, oddech zupełnie prawidłowy, a kilaki do tygodnia po wstrzyknięciu zupełnie się zabliźniły.

7. A. S., 35 lat, zamężna. Przed 5 miesiącami zakażenie. Przed 2 miesiącami 5 okresów wcierań. Gummata duo exulcerantia cruris dextri (wielkości korony).

25. VIII. Arsenobenzol (0·45) w lewy pośladek. Bole od trzeciego dnia dość znaczne, chodzenie nawet po 10 dniach utrudnione. Oba kilaki pokryte piękną ziarniną, w dwa dni po wstrzyknięciu; zagoiły się po dalszych 8 dniach.

Dodać muszę, że do wszystkich powyższych wstrzyknięć używałem przetworu »Id 606«, że dopiero od końca sierpnia b. r., dostawszy nowy, udoskonalony preparat »Hy« (hyperidal), zacząłem go stosować i przyznać muszę, że tak pod względem zmniejszenia dolegliwości chorego, jakoteż pod względem wpływu na tętno (częsta niemiarowość, tętno znacznie przyspieszone przy przetworze Id) i podniesienia ciepłoty (przy Id nawet do 39) przewyższa »Hy« o całe niebo swego poprzednika. Przytem dla zupełnie przedmiotowego śledzenia działania tego środka, nie stosowałem w żadnym z mych przypadków leczenia miejscowego. O jednym przypadku złośliwego kilaka, »w którym zastosowanie środka »606« dowiodło błyskawicznej szybkości dodatniego jego działania na podobne objawy przymiotowe i całej wyższości nad rtęcią, chciałbym osobno pomówić.

8. M. L. prostytutka, zgłosiła się do szpitala 22. sierpnia b, r. Guma exulcerans uvulae. Kilak nader złośliwy, który mimo dwukrotnego wstrzyknięcia salicylanu rtęci groził do kilku dni przeżarciem zupełnem podstawy języczka.

5. IX. »606« (0·3). Dawka ta bardzo mała, dziś już na całej linii porzucona. Mimo tej minimalnej dawki, wrzód kilakowy na drugi już dzień zaczął widocznie skłaniać się do gojenia się, a w cztery doby był zupełnie zabliźniony.

Podobny przypadek, choć nie tak rychło zagojony, wskazujący jednak, jak swoiście działa środek »606« na późne, trzeciorzędne objawy przymiotu, przytaczam poniżej:

9. W. N. prawnik, 35 lat. Przed 5 laty kiła, leczona w 1. roku 80 wcieraniami; zresztą nie przechodził chory żadnego leczenia. Dopiero w sierpniu b. r. powstał obrzęk na dolnej części żołędzi tuż przy wędzidełku, który rozpadł się i utworzył się otwór, który prowadził do cewki, tak, iż tędy mocz wyciekał. Mimo dwudziestu wcierań i miejscowego leczenia rtęciowego sprawa ta rozpadowa pozostała bez zmiany, a nawet chory zauważył rozszerzanie się jej.

8. IX. »606« (0·45) w jeden pośladek sposobem Alta (rozpuszczenie w wodzie i dodanie roztworu ługu żrącego aż do oddziaływania zasadowego), obok tego cewnik na stałe. Już po 5 dniach głęboki otwór zwęził się, pokrył się zewsząd zdrową ziarniną, mocz jednak mimo cewnika kroplami tędy wyciekał. Do 16 dni otwór zupełnie się zabliźnił bez leczenia miejscowego.

Drugorzędne objawy: osutka, kłykciny, znikają po zastosowaniu »606« od 2—6 dni.

10. A. St., 20 lat, wolna, przyjęta do szpitala 27. VII. z rozpoznaniem: Lues maculoso papulosa totius corporis, condylomata lata ac oedema labiorum pudendi, condylomata lata faucium.

28. VII. »606« (0·4) śródmiąższowo w oba pośladki. Osutka następnego dnia wystąpiła wyraźniej (Herxheimer), po dalszych dwóch dniach zupełnie ustąpiła. Kłykciny i obrzęk po dwu dniach zaczęły już ustępować, po 4 dalszych dniach zupełnie pokryły się bliznami.

11. I. J., 24 lat, wojskowy. Przed 6 miesiącami zakażenie. Chrypka od 4 miesięcy; 6 okresów wcierań pozostało bez skutku; przez $1^1/_2$ dalszych miesięcy zażywał chory jodek potasu, również bezskutecznie. Obecnie stwierdza się kłykciny płaskie na obu wiązadłach, obrzęk przestrzeni między chrząstkami nalewkowemi.

Rozpoznanie: Laryngitis syphilitica.

W 6 dni po wstrzyknięciu »606« chrypka (dotąd przez 4 miesiące) zupełnie ustąpiła, laryngoskopia wykazała blizenki świeże na obu więzadłach, obrzęk między chrząstkami nalewkowemi ustąpił.

12. J. Sch., 26 lat, wolna. Przed rokiem stwardnienie pierwotne na sromie; leczone dotąd częścią wstrzykiwaniami, częścią wcieraniami rtęci. Stan obecny: Condylomata lata luxuriantia genitalium ac faucium.

25. VIII. »606« (0·45). Kłykciny po 2 dniach zaczęły zbliżać się do poziomu skóry, do 8 dni zagoiły się zupełnie, bez leczenia miejscowego.

Również i pierwszy objaw kiły — wrzód twardy — bardzo prędko się zabliźnia po zastosowaniu przetworu Ehrlicha, stwardnienie jednak w miejscu zagojenia pozostaje przez długi czas, a znika dopiero po drugiem wstrzyknięciu, lub przy leczeniu miejscowem plastrem rtęciowym. Gruczoły obrzękłe w pachwinie nikną jedne w 1 - 2 dniach, inne trzymają się choć zmniejszone dłużej, bo 3—4 tygodni.

Co się tyczy objawów metasyfilitycznych, to sam Ehrlich ciągle przestrzega przed stosowaniem arsenobenzolu w wypadkach rozwiniętego wiądu rdzenia, czy porażenia postępowego. I rzeczywiście miałem w dwu przypadkach uwiądu rdzenia w 1. tygodniu na pozór poprawę podmiotową i przedmiotową u chorych, którym wstrzyknąłem »606«, bo i apetyt, przedtem podupadły, znacznie się wzmógł i chory zdawał się lepiej chodzić bez kontroli oczu, ale w drugim tygodniu i następnych zaczęły występować bole ciągnące i strzykające w kończynach dolnych, w krzyżach, opasujące jakby obrączką brzuch, przytem ogólne nader silne rozdrażnienie, znaczne osłabienie, słowem objawy, czasem wprost zatrważające, których przed zastosowaniem przetworu »606« wcale nie było. Ehrlich radzi stosować »606« w tak zwanem »Wetterleuchten der Tabes«, a więc gdy tylko wystąpią zwiastuny na pewien czas przed wybuchem właściwej choroby.

Zbierając moje doświadczenia dotychczasowe, dochodzę do wniosku, że przetwór Ehrlicha okazał się środkiem swoistym przeciw wszelkim objawom kiły. Okazał się on swoistym nawet w tych przypadkach złośliwej, czy późnej kiły, gdzie leczenie rtęciowe nie wywarło żadnego dodatniego wpływu. Przestrzedzby należało przed wstrzykiwaniem zanadto nizkich dawek, albowiem, jak dotychczasowe, na tysiące już liczące się spostrzeżenia wykazały, nierównie lepiej i szybciej od dawnych początkowych dawek

0,3, działają dawki większe, tak, iż przy zdrowem sercu śmiało wstrzyknąć można dawkę 0·6 i 0·7 dorosłemu, silnemu mężczyźnie. W jednym przypadku wstrzyknąłem dawkę 0·45 mężczyźnie, u którego był wyraźny szmer skurczowy przy koniuszku serca bez żadnego szwanku na zdrowiu, nawet bez znaczniejszego wpływu na tętno. W tym kierunku zalecałbym jednak wielką ostrożność, choć nie ulega zdaniem mojem — wątpliwości, że i przy schorzałem sercu przetwór »606« stosowanym będzie może »in dosi refracta«. W dawkowaniu posunięto się w ostatnich czasach tak daleko, że wstrzykiwano naraz nawet 0·9 i 1 gr. Iversen z Petersburga radzi tę wielką dawkę podzielić na dwa wstrzyknięcia, pierwsze śródżylnie, drugie w 48 godzin śródmiąższowo. W ostatnich dniach poszedłem nawet w tym kierunku za jego wskazówkami, wstrzykując pierwszy raz podskórnie, nie śródżylnie, drugi raz w 48 godzin później śródmiąższowo. Nie zauważyłem przytem najmniejszego ujemnego wpływu na ustrój chorego i owszem tem szybsze gojenie się zmian chorobowych i tem silniejszy apetyt.

Oceny i sprawozdania.

Leczenie kiły przetworem Ehrlicha »606«

zestawił

Prof. Dr Krzyształowicz.

I.

Rozprawy 82. Zjazdu niemieckich przyrodników i lekarzy

w Królewcu w dniu 20. września 1910.

Prof. A. Neisser zaznacza przedewszystkiem, że podstawę leczenia w ostatnich czasach stanowią trzy odkrycia ostatniej doby: odkrycie krętków przez Schaudinna, odkrycie możności zakażenia małp przez Miecznikowa i Roux, wprowadzenie badania surowicy krwi w celach rozpoznawczych przez Wassermanna. Doświadczenia na zwierzętach i odczyn surowicy dowiodły, że kiły nie można usunąć bez leczenia, pozwoliły dalej stwierdzić, że nie można wywołać uodpornienia, ani że leczenie surowicą nie daje wyników. Stąd potrzeba i ważność leczenia, wskazanego przez Ehrlicha (chemotherapia). Bezpośrednia korzyść leży w możności kontrolowania działania metod leczniczych przez badanie zachowania się krętków, dalej przez doświadczalne stwierdzenie wyleczenia zakażonego zwierzęcia, wreszcie przez odczyn surowicy. Wedle wyników doświadczeń, przeprowadzonych w ten sposób, jest zasadniczo ważne, aby leczenie rozpoczynać jak najwcześniej. Wiadomo, że rtęć i jod należą do środków zabijających krętki, przyczem jod jest środkiem słabszym. Rzeczywisty postęp stanowi wprowadzenie organicznych połączeń arszeniku, szczególnie wypracowanie tej metody leczniczej przez Ehrlicha, który wykazał zasadniczą różnicę między 5-wartościowemi nasyconemi połączeniami arszeniku, a 3-wartościowemi nienasyconemi i przez połączenie pewnych grup chemicznych z trójwartościowym arszenikiem stworzył swoją metodę leczenia (chemotherapia). Leczenie to stosować należy jaknajwcześniej, bo wtedy najwięcej spodziewać się można zupełnego wyniku. Ehrlich sądzi zatem obecnie, w przeciwieństwie do dotychczasowego swego zapatrywania, że leczyć należy nawet przed całkiem pewnem rozpoznaniem, aby nie tracić drogiego w tym razie czasu. Arsenobenzol Ehrlicha stanowi olbrzymi postęp w leczeniu kiły i stoi znacznie wyżej od tak cenionej dotąd rtęci, przedewszystkiem dzięki bardzo silnemu i bardzo szybkiemu działaniu zabójczemu na krętki, obok działania hamującego ich rozwój. W jaki sposób najlepiej stosować arsenobenzol w praktyce, nie można jeszcze obecnie stanowczo osądzić. Zdaniem mowcy już dzisiaj powinno się leczyć każdy świeży przypadek kiły tym nowym przetworem; mowca nie liczy jednak po jednorazowej dawce na pełny wynik, lecz robi w każdym przypadku po 3 – 6 tygodniach drugie wstrzykiwanie, a nawet przegradza te wstrzykiwania leczeniem rtęciowem. Szczególne znaczenie jednak ma arsenobenzol w przypadkach niezwykłej wrażliwości na rtęć, w przypadkach oporności zmian wobec leczenia rtęciowego, w kile mózgu, oczu, w kile dziedzicznej, wrzodach kiłowych, kile złośliwej, w łuszczycy kiłowej błon śluzowych i w schorzeniach paznokci, dalej w ciężkich toksycznych charłactwach i wtedy, gdy zależy na szybkiem usunięciu objawów bardzo zaraźliwych. Ta okoliczność właśnie, że obecnie zapomocą arsenobenzolu możemy to uzyskać przez jedno wstrzyknięcie w znacznie krótszym czasie, niż jakąkolwiek inną metodą, — zdaje się być największą korzyścią wynalazku Ehrlicha, gdyż okoliczność ta, dobrze wyzyskana, przyczyni się do tego, że zmniejszy się ogniska zakaźne, a co za tem idzie, i ilość przypadków musi się coraz więcej zmniejszać.

Prof. Ehrlich omawia przedewszystkiem swoistość arsenobenzolu. Przy dawce wystarczającej krętki giną w 24 do 48 godzin po wstrzyknięciu, jeżeli to trwa dłużej, to wedle zapatrywania Ehrlicha, jest to oznaką, że dawka była zamała, albo wessanie środka niezupełne, albo że mamy do czynienia z odpornymi na arszenik krętkami. Drugim czynnikiem, który przemawia za swoistością »606«, jest tworzenie się swoistych niweczników (Antikörper). Jako dowód przytacza Ehrlich znane z piśmiennictwa przypadki wyleczenia dziecka przez wstrzykiwanie arsenobenzolu karmiącej je matce. Trzecim dowodem działania swoistego arsenobenzolu jest wpływ na odczyn Wassermanna, co stwierdzono w 90% leczonych przypadków. Odczyn W. może się stać po pewnym czasie znowu dodatnim, wtedy zatem nie możemy mówić o zupełnem zniszczeniu jadu, a raczej o nawrocie choroby. Zadaniem przyszłości jest jak najskrupulatniejsze badanie w tych kierunkach leczonych arsenobenzolem chorych, aby można sobie zdać sprawę z wyników. Czwartym dowodem swoistości środka jest stwierdzone niejednokrotnie ustępowanie bolesności zmian już w paru godzinach. E. przypuszczał, że bole zależały od produktów wydzielniczych krętków, które zostają zobojętnione przez wstrzyknięcie »606«, podobnie jak toksyna przez antytoksynę. Tymczasem istnieją spostrzeżenia, przemawiające przeciwko temu, mianowicie spostrzeżenie, że po wstrzykiwaniu występują np. w wysypkach objawy zadrażnienia (odczyn Herxheimera), co E. tłomaczy tem, że pasorzyty nie zostają odrazu zabite, ale najpierw podrażnione i w tym stanie wytwarzają więcej toksyn. Te objawy podrażnienia mają zatem, wedle E., za przyczynę niedostateczność dawki. Omawiając znane dotąd, zresztą bardzo nieliczne przypadki śmierci, stwierdza E., że arsenobenzolu nie można uważać za środek trujący. Ciężkie przypadki schorzeń ośrodków nerwowych są naturalnie wyłączone, ale arsenobenzolu nie można dlatego nazywać trucizną dla tkanki nerwowej. Przeciwwskazanie stanowią również schorzenia serca i naczyń. Co do samej techniki wstrzykiwań, to, zdaniem E., w przyszłości może być użyte najpierw wstrzykiwanie do żył, jako szybciej ale krótko działające, a drugie podskórne lub miąższowe. Dawka zależeć musi od właściwości chorego i jakości objawów chorobowych. W chorobach ośrodków nerwowych lepiej postępować ostrożniej i nie przekraczać dawki 0,4 gr., natomiast w samych początkach choroby wskazana jest dawka znacznie wyższa 0,7 0,8 gr., a nawet powtórzenie jej. Również można w takich przypadkach stosować leczenie kombinowane z leczeniem rtęcią lub jodem, co dopiero w przyszłości da się ocenić. Arsenobenzol daje się porównać w skutkach z ar-

senofenyglicyny, którą Alt stosował w przypadkach porażenia postępującego od dwóch lat, obecnie zatem stwierdzić już można, że uzyskany w tych przypadkach odczyn ujemny utrzymał się od dwóch lat w 16% przypadków. W końcu wspomina E. o dobrych wynikach i w innych chorobach: framboezya (spirochaete pertenuis), dur powrotny, zimnica (febris tertiana), choroby świdrowcowe (trypanosomiasis), wreszcie ospa.

Prof. K. Alt (Uchtspringe) daje przegląd pierwszych prób z arsenobenzolem. Przedewszystkiem badał na baranach i psach sposób wchłaniania się, zdolność znoszenia, wydzielania i działanie miejscowe. Później wstrzyknął arsenobenzol dwom swym asystentom w dawce 0,1 gr., nie wywołując jakichś objawów ciężkich lub szkodliwych. Na podstawie swych doświadczeń, zebranych wspólnie z Hoppem i Schreiberem, doradza A. szczególną ostrożność w przewlekłych cierpieniach nerwowych, gdyż »606« ma nietylko wielkie powinowactwo do ciał krętków, ale i do tkanki kiłowej; tworzy zatem około ogniska kiłowego otoczkę przekrwioną, a jeżeli to się dzieje w zamkniętej przestrzeni, jak w osłonach mózgowych, może być przyczyną wahań parcia, nawet znacznych. W przypadkach porażenia postępującego w t. zw. postaciach spastycznych odradza A. stosowania tego przetworu, gdyż łatwo dojść może do napadu. Tylko w początkach porażenia postępowego i w przypadkach t. zw. »taboparalysis« można go stosować z pewnym wynikiem. Dobre widoki daje kiła mózgu. W przypadkach wiądu rdzenia następuje z początku po wstrzykiwaniu pogorszenie przez wywołane podrażnienie, które wkrótce ustępuje.

Schreiser (Magdeburg). Bolesność wstrzykiwań, szczególnie alkalicznych i zgorzele, powstające po wstrzykiwaniu zawiesin, były powodem zastosowania wstrzykiwań śródżylnych, które w odpowiedniem rozcieńczeniu nie przedstawiają niebezpieczeństwa. Przetwór Ehrlicha daje się zastosować bardzo dobrze jako 50% maść na przerosłe kłykciny sączące, gdyż działa przyżegająco.

Iversen (Petersburg) stosował arsenobenzol w 60 przypadkach duru powrotnego (typhus recurrens) z bardzo dobrym wynikiem, gdyż dawka 0,3 gr. skracała napad i zapobiegała nawrotom. Krętki ginęły w 3—10 godzinach z krwi przy równoczesnym spadku ciepłoty poniżej prawidłowej po silnych potach, poczem następowało wyleczenie. I. pierwszy zastosował w kile wstrzykiwania śródżylne, obecnie robi w parę dni później wstrzykiwania miąższowe, a dawki razem dochodzą do 1,0 gr. W 6 przypadkach spostrzegał nawrót, który ustąpił po drugiem wstrzyknięciu, pierwsze zawierało mniej niż 0,5 gr. przetworu. Arsenobenzol działa wybitnie we wszystkich okresach kiły, za swoistością przemawia jednak najwybitniej wynik w kile złośliwej, w której rtęć jest bezskuteczną. Autor stosował »606« także w przypadkach zimnicy, (27 przyp. trzeciaczki, 4 czwartaczki, 27 zimnicy podzwrotnikowej, 2 mieszanej) w dawce 0,45—0,8 gr. śródżylnie i podskórnie. Trzeciaczka ustępowała w 70% przypadków po wstrzykiwaniu śródżylnem, po 12—24 godzinach znikały pasorzyty we krwi. Z czterech przypadków czwartaczki w dwóch stwierdzono mniejsze napady i mniejsze wzniesienia ciepłoty. W zimnicy podzwrotnikowej polepszenie było tylko pozorne.

Wechselmann (Berlin) stwierdza na zasadzie swego bardzo obfitego materyału, że arsenobenzol jest środkiem swoistym i że nieprawdą jest, jakoby działał podobnie, jak kalomel, gdyż niejednokrotnie doprowadza szybko do wyniku tam, gdzie nadaremnie przez całe lata leczono kalomelem. Niedostateczny wynik po jednej za małej dawce poprawić można przez ponowne wstrzyknięcie. Nawroty są znacznie rzadsze i tylko ogniskowe. W przypadku wiądu rdzenia stwierdzano poprawę. W jednym przypadku powróciły zniesione odruchy, chociaż W. zastrzega się, iż mógł to być tylko przypadek wiądu pozornego (pseudotabes). Podobnie tłomaczyć można korzystny wynik w przypadkach porażenia postępującego (pseudoparalysis). Badania, wykonane wspólne z Nikolaiem, wykazały, że przetwór »606« nie działa szkodliwie na serce, okolicznościowo tylko obniża parcie; w każdym razie jednak wskazana jest ostrożność w tym kierunku. Wstrzykiwano już arsenobenzol bez szkody nawet w przypadkach schorzeń tętnicy głównej. W żadnym przypadku nie spostrzegano szkodliwego działania na nerw wzrokowy. Miejscowo stwierdzono parokrotnie zgorzel tkanki podskórnej.

Prof. Orth (Berlin) objaśnia dwa preparaty anatomiczne z miejsc wstrzyknięcia »606« w mięśnie pośladkowe. W jednym przypadku był wiąd rdzenia, a śmierć nastąpiła w 12 dni po wstrzykiwaniu. W mięśniach spostrzega się kilka ognisk różnej wielkości, zgorzelinowych, nie zawierających mikrobów, ani ropy, a tylko obumarłą tkankę. W drugim przypadku śmierć nastąpiła w 6 tygodni po wstrzykiwaniu skutkiem raka krtani, obraz zaś anatomiczny ogniska był zupełnie podobny. Przypadki te są dowodem, że po wstrzykiwaniu arsenobenzolu mogą powstawać rozległe martwice tkanki bez objawów zapalnych, utrzymujące się nawet dłuższy czas.

Michley (Berlin) leczył w klinice Prof. Lessera wraz ze Stroscherem i Tomaszewskim 150 przypadków kiły różnych okresów i różnej postaci z bardzo dobrym wynikiem. M. podnosi obok korzystnego działania arsenobenzolu brak objawów ubocznych i polepszanie się stanu ogólnego i odżywienia, co szczególnie jest widoczne w przypadkach charłactwa. Ze wszystkich przypadków spostrzegano tylko dwa razy nawrót choroby, w obu przypadkach wstrzykiwano tylko 0,3 gr.

Prof. Uhlenhuth (Dahlem) omawia doświadczenia swoje z atoksylem, który stosowano z bardzo dobrym wynikiem w chorobach na tle zakażenia świdrowcami i porównywa go z arsenobenzolem, oświadczając, że arsenobenzol działa szybciej i energiczniej. U. nie podziela jednak zapatrywania, że tak przewlekłe choroby, jak kiła i śpiączka afrykańska dają się uleczyć jednem wstrzyknięciem, w przeciwieństwie do choroby krętkowej kur i duru powrotnego, w których ustrój sam współdziała w wyleczeniu przez wytwarzanie niweczników.

Panna Margulies (Petersburg), przedstawia wyniki swych doświadczeń z arsenobenzolem na zwierzętach. Przetwór ten stosowała M. u myszy, zakażonych świdrowcami (dourine, mal de Caderas, Nagana), zakażonych krętkami choroby kur i u królików, szczepionych na mosznach kiłą. Badaniami swemi stwierdziła M., że świdrowce przyzwyczajają się stosunkowo szybko do arsenobenzolu, i jeżeli postępuje się z dawkami ostrożnie i powoli, świdrowce nie giną nawet przy zastosowaniu »dosis tolerans maxima«. Te szczepy odporne na działanie »606« były również odporne na arsacetynę i arsenofenylglicynę. Całkiem inaczej zachowywały się krętki. Dopiero bowiem po długim szeregu przejść przez ustroje zwierzęce można było otrzymać szczep krętków, odporny na arsenobenzol. Krętki nie ginęły wówczas nawet po dużych dawkach, zmieniały jednak swe własności biologiczne i patogenetyczne o tyle, że ich jadowitość była mniejsza. Nie można było jednak otrzymać odpornego na »606« szczepu krętków duru powrotnego. Tosamo odnosi się do krętków kiłowych, na które M. działała z początku bardzo małemi dawkami. Po 2—3 wstrzyknięciach ilość krętków zmniejszała się, a w końcu po następnych wstrzyknięciach krętki wcale się nie pojawiały.

Stern C. (Düsseldorf) zwraca uwagę na te, niezbyt rzadkie przypadki, w których mimo stosunkowo dużej dawki środek Ehrlicha zawodzi; z 80 leczonych przypadków w ośmiu nie może mówić o szybkiem działaniu arsenobenzolu. Z jego spostrzeżeń i badań wynika, że średnia dawka 0,5 gr. przy jednorazowem użyciu okazuje się w niektórych przypadkach za małą, dalej, że przy użyciu dawki 0,7—0,8 gr. mogą się wytwarzać szczepy odporne

na arsenobenzol, wreszcie, że dziś panujące między publicznością przekonanie o możności wyleczenia kiły jednem wstrzyknięciem nie jest słuszne. W przeciwieństwie do często wprost fantastycznego optymizmu, który objawia się niejednokrotnie i w kołach lekarskich, uważa autor za swój obowiązek zwrócić na to uwagę, że czasami nawet wielkie dawki pozostają bez skutku. Ze względu na możność zatrzymywania się arszeniku w ustroju i na preparaty, przedstawione przez Ortha, dowodzące silnego czasami działania miejscowego, uzasadnione jest pytanie, czy można powtarzać dawki wysokie, co właśnie byłoby wskazane u tych, u których zmiany są wobec leczenia arsenobenzolem wyjątkowo oporne.

Prof. Scholz i Beck (Królewiec) wspominają najpierw o trzech przypadkach, w których leczenie zawiodło, co odnoszą w dwóch przypadkach do zbyt małych dawek (0,3 - 0,4 gr.). Następnie zdają sprawę z szybkiego wyleczenia dziecka po wstrzyknięciu karmiącej matce 0,5 gr. arsenobenzolu. W mleku matki stwierdzano w 48 godzin po wstrzyknięciu bardzo małe ślady arszeniku, (mniej, niż $^1/_{10}$ mgr.), które nie mogą być brane w rachubę. Scholz próbował również leczyć chorych z objawami kiły zapomocą surowicy, branej u chorych w 48 godzin po wstrzykiwaniu arsenobenzolu. U dwóch chorych uzyskano w ten sposób zupełne wyleczenie wysypki i kłykcin sączących, u trzech natomiast zauważono tylko z początku poprawę, później jednak nie było postępu w leczeniu. We wszystkich przypadkach krętki zmniejszały się liczebnie i zatracały ruchliwość, znikały jednak tylko czasowo, nie trwale. S. sądzi zatem, że w tym razie wytwarzały się tylko antytoksyny w surowicy.

Michaelis L. przemawia za używaniem rozczynów obojętnych, które wcale nie działają powolniej, niż rozczyny alkaliczne. Arsenobenzol jest dwoistym elektrolitem, który w stanie wolnym posiada małą rozpuszczalność. Rozpuszczalność ta zależy od oddziaływania rozczynu; wobec obojętnego, względnie słabo alkalicznego odczynu krwi i tkanek rozpuszczalność jest bardzo mała. Stąd rozczyn alkaliczny, wstrzyknięty w tkanki, strąca się w znacznej części następowo i stanowi także skład w tkankach, jak nie drażniąca zawiesina obojętna. Wstrzykiwania podskórne zaleca M. robić nie w skórę grzbietu, ale głębiej w powierzchowne mięśnie grzbietowe.

Grünfeld (Odessa) objaśnia przedewszystkiem, że w Rosyi kiła jest tak rozpowszechniona, iż istnieją miejscowości, w których 80% ludności jest tą chorobą dotkniętych. Dlatego Prof. Tarnowsky proponował swojego czasu stworzenie »latających kolumn«, któreby, jeżdżąc z miejsca na miejsce, mogły leczyć wszystkich kiłowych danej miejscowości. Leczenie rtęcią wymaga więcej czasu, natrafia zatem na pewne trudności w proponowanej organizacyi, arsenobenzol zaś przez swe własności szybkiego usuwania zmian najczęściej już po jednem wstrzyknięciu, może oddać w tym razie nieocenione usługi. Obok tego szybki wynik leczenia wzbudzi w ludzie zaufanie do tego sposobu leczenia. (Dok. nast.).

II.

Piśmiennictwo bieżące.

Malinowski F. »Stan obecny leczenia syfilisu preparatem Prof. Ehrlicha »606« i dotychczasowe wyniki własnych doświadczeń«. (Przegl. chor. skórn. i wener. 1910, Nr 8). Po dokładnem przedstawieniu wyników, dotąd otrzymanych przez różnych autorów, spostrzeganych objawów ubocznych, sposobów przyrządzania rozczynu, dawek, zachowania się krętków i odczynu Wassermanna, opisuje M. uzyskane przez siebie wyniki leczenia arsenobenzolem u 65 chorych, dawkami: od 0,4 - 0,5 gr. u kobiet, 0,4—0,6 u mężczyzn, a 0,06—0,15 grm. u dzieci (1—5 lat). Malinowski starał się otrzymywać zawsze rozczyn obojętny i wstrzykiwał przeważnie w mięśnie pośladkowe, rzadziej podskórnie. Ciepłota podnosiła się zawsze po wstrzykiwaniu, czasami do 39° C. i trwała od jednego do kilku dni. Tętno bywało zazwyczaj szybsze, dochodziło nawet do 140 uderzeń, a u jednego chorego, nadużywającego napojów wyskokowych, występowała przy ruchach arytmia. Z objawów ubocznych spostrzegano także u niektórych chorych bóle głowy, mięśni, stawów i ogólne osłabienie. Wyjątkowo tylko występowała biegunka, częściej zaś zaparcie stolca. Raz pojawiło się zatrzymanie moczu po wstrzyknięciu płynu, sporządzonego na 5 dni przed wstrzykiwaniem. Przetwór zastosowano u dwóch chorych z kiłą pierwotną, u 22 zdrugorzędną, u 17 z trzeciorzędną i w 17 przyp. kiły układu nerwowego (6 paralysis, 4 tabes, 1 sclerosis dissem.). Autor stwierdza, że w przypadkach nacieków pierwotnych po wstrzykiwaniu nie pojawiła się wysypka, gruczoły jednak i stwardnienia nacieków opierały się leczeniu tak, że autor u dwóch chorych wykonał powtórne wstrzyknięcie. Wysypki plamiste znikały w 1—5 dni, guzkowe w 5—14 dni, guzkowo-krostkowe i drobnoguzkowe po dwóch tygodniach. Najuporczywsze były przerosłe kłykciny sączące. W przypadkach kiły złośliwej wynik był bardzo pomyślny, a najwybitniej objawiało się działanie w ciężkich przypadkach kiły późnej. W przypadkach schorzeń układu nerwowego mówi M. także o dobrych, często nadspodziewanych wynikach, chociaż zastrzega się, że czas spostrzegania był stanowczo za krótki, aby można wypowiadać jakieś pewniejsze zdanie o wynikach w tego rodzaju przypadkach.

Spiethoff. »Arsenobenzol w leczeniu kiły«. (Münch. med. Woch. 1910. 35). Autor zaznacza przedewszystkiem na zasadzie spostrzeżeń u 50 chorych, że dawki obecnie używane (0,5—0,6 gr.) działają znacznie energiczniej, niż pierwotne (0,3). Po tych większych dawkach krętki ginęły już po 24—48 godz., odczyn Wassermanna po kilku tygodniach. U dziecka 2-miesięcznego z objawami ciężkiej kiły wstrzyknięcie 0,02 gr. usunęło zmiany doszczętnie do 12 dni. W żadnym przypadku jednak nie stwierdził S. znikania gruczołów nawet po 3 miesiącach, mimo, iż wstrzykiwał małe ilości arsenobenzolu w same gruczoły chłonne powiększone. Podniesienie ciepłoty, pojawiające się wkrótce po wstrzyknięciu, mija szybko, ale po 2—3 dniach pojawia się znowu, co S. odnosi do zapalenia, wychodzącego z miejsca wstrzyknięcia. S. miał również jeden przypadek śmierci w kilka godzin po wstrzyknięciu 0,5 gr. u chorego z ciężkiem schorzeniem gardła. Sekcya zwłok wykazała kilaki wątroby, przerost serca i zmiany aorty. S. przestrzega zatem w przypadkach ciężkich u chorych wyniszczonych przed dużemi dawkami. W przypadkach niedokrwistości kiłowej i złośliwej nie otrzymał S. korzystnych wyników mimo pozornego polepszenia. Wreszcie zaznacza S., że we wszystkich przypadkach stwierdzał już po 12 godzinach zwiększanie się we krwi ilości krwinek białych i to przeważnie neutrofilów, bez związku jednak z gorączką lub odczynem miejscowym trwało to zwiększenie przez kilka dni.

Dirhot: »Nieoczekiwany wynik u dziecka kiłowego po leczeniu matki przetworem 606«. (Münch. med. Woch. 1910. 35). Z 85 przypadków kiły, leczonych przez autora, zasługuje na uwagę głównie przypadek, dotyczący leczonej arsenobenzolem kiłowej kobiety, u której dziecka objawy kiłowe w trzy tygodnie zupełnie ustąpiły, a przybytek na wadze wynosił 1200 gr. D. przypuszcza w tym przypadku działanie antytoksyn, zawartych w mleku matki, na toksyny u dziecka, ze względu jednak na możliwość, że tylko część krętków wyginęła a część może się odrodzić, radzi wstrzyknąć w podobnych przypadkach arsenobenzol także i dziecku wtedy, gdy ono nabierze sił. D. nie uważa również za paradoks karmienia dziecka chorego przez kiłową mamkę, której wstrzyknięto arsenobenzol, szczególnie wtedy, gdy matka sama karmić nie może.

Schwarz i Flemming. »O wpływie arsenobenzolu,

arsenofenylglicyny, jodku potasu i sublimatu na odczyn Wassermanna«. (Münch. med. Woch. 1910. 37). W sprawie wpływu sublimatu na odczyn W. sądzą jedni autorowie (Dohi, Epstein, Pribram), że ujemność odczynu po leczeniu sublimatem polega na uzyskaniu przez surowicę własności hemolitycznych i porównują surowicę takich chorych z bardzo rozcieńczonym rozczynem sublimatu. Inni zaś, jak Satta i Donatè, twierdzą zgodnie z Bruckiem, że przez dodanie sublimatu nie następuje zmiana odczynu. Co do jodku potasu sądzi Stümpke, że środek ten nie zmienia odczynu, ale dodany w odpowiedniem zgęszczeniu do surowicy prawidłowej wywołuje zahamowanie. Autorowie doszli do tego samego przekonania, że jodek potasu nie zmienia odczynu w surowicach oddziaływających dodatnio, ale wywołuje zahamowanie w surowicy prawidłowej przy dodaniu 1,0—0,05. Co zaś do rtęci, arsenofenylglicyny i arsenobenzolu, to te przetwory nie mają w próbówce własności hemolitycznych. W surowicach zaś o odczynie ujemnym duże dawki (1:100 do 1:1000) arsenofenylglicyny i arsenobenzolu wywołują zupełne zahamowanie.

Wechselmann. »O ponownem wstrzykiwaniu arsenobenzolu«. (Deut. med. Woch. 1910. 37). Autor, rozporządzający dotąd największą ilością leczonych przypadków (900), twierdzi, że nawroty choroby po wstrzykiwaniu »606« są bardzo rzadkie, że dla mężczyzn wystarcza dawka 0,5—0,6 gr., dla kobiet 0,45 i że tylko wyjątkowo należy wstrzykiwanie powtórzyć. U dzieci dotkniętych kiłą wrodzoną wstrzykuje W. bardzo małe dawki (0,015—0,02), ale dwu-a nawet trzykrotnie co kilkanaście dni. U dorosłych ponowne wstrzykiwanie można robić już po 8 dniach, lepiej jednak czekać 3—4 tygodni, gdyż wtedy pozostające jeszcze ogniska choroby są podatniejsze na działanie leku. W. opisuje w końcu przypadki, w których wykonał powtórne wstrzykiwania czy to ze względu na nawrót choroby, czy też powrót odczynu Wassermanna.

Grósz. »Arsenobenzol w kiłowych schorzeniach oczu«. (Deut. med. Woch. 1910. 37). G. zaznacza przedewszystkiem, że Ehrlich, wyłączając z leczenia arsenobenzolem schorzenia oka, nie mógł mieć na myśli chorób powstałych na tle kiły (iritis, scleritis, keratitis), a prawdopodobnie chciał zwrócić uwagę na przypadki zaniku nerwu wzrokowego. G. wspomina tylko pobieżnie, że właśnie w tego rodzaju cierpieniach oka arsenobenzol oddał mu bardzo dobre usługi.

Zeissl M. »Wiadomość o leczeniu pierwszej setki przypadków leczonych arsenobenzolem«. (Wien. med. Woch. 1910. 38). Z przypadków tego autora zasługuje na uwagę przedewszystkiem 10 przypadków nacieków pierwotnych bez wysypki, która po wstrzykiwaniu nie pojawiła się. Ze zmian oczu wyleczył Z. w 4 dniach zapalenie tęczówki, w 6 dniach porażenie akomodacyi. Z. stosował arsenobenzol także w przypadkach schorzeń układu nerwowego wtedy, gdy badanie kliniczne dawało pewne widoki poprawy. W tych razach zaleca Z. stosowanie małych dawek, ale parokrotnie. U dzieci wstrzykiwał także arsenobenzol w odpowiednio małych dawkach.

Dobrovits M. »O korzystnem działaniu »606« na dziecko przez leczenie matki«. (Wien. med. Woch. 1910. 38). Autor opisuje ustępowanie zmian kiłowych u dziecka, urodzonego z objawami kiły, po wstrzyknięciu 0,6 gr. arsenobenzolu karmiącej je matce. Mimo gorączki, utrzymującej się u matki przez dni kilka, ilość mleka nie zmniejszyła się. W dwa tygodnie po wstrzyknięciu były jeszcze resztki zmian u dziecka, dlatego D. sądzi, że i dziecku należy później wstrzyknąć odpowiednią dawkę arsenobenzolu.

Kromayer E. »Wygodna a niebolesna metoda wstrzykiwania arsenobenzolu«. (Berl. klin. Woch. 1910. 37). Autor poleca wstrzykiwać przetwór »606« jako zawiesinę w parafinie, stwierdzając zalety tego sposobu w przeciwieństwie do rozczynu alkalicznego, jak: niebolesność, wygodę i trwałość. Sądzi, że w tej postaci możnaby oddać arsenobenzol do ogólnego użytku.

Schreiber. »O śródżylnem wstrzykiwaniu środka Ehrlicha«. (Münch. med. Woch. 1910. 39). Autor zaleca wstrzykiwania arsenobenzolu do żył, które można powtarzać wedle potrzeby, bo arszenik wydziela się po takich wstrzykiwaniach podskórnych i miąższowych. Śródżylne wstrzykiwania zaleca się głównie w tych przypadkach, w których zależy na szybkiem działaniu, np. w zboczeniach ośrodkowego układu nerwowego. W niektórych przypadkach trzeba po tych wstrzykiwaniach stosować jeszcze wstrzykiwania miąższowe arsenobenzolu. O wynikach trwałych tego przetworu nie można wogóle jeszcze dotąd wydawać sądów stanowczych, bo spostrzeżenia są za krótkie; podobnie nie wiadomo jeszcze, do jakiego stopnia rtęć i jod pozostaną w użyciu jako środki pomocnicze w leczeniu kiły.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie kliniczne d. 15 czerwca 1910 r.

Przewodniczy r. dw. Prof. Wicherkiewicz. Obecnych członków 23.

1) Prof. Kader przedstawia a) chorego po operacyi **raka pęcherza moczowego**. Z cięcia po zewnętrznym brzegu mięśnia prostego brzucha przepiłowano kość łonową i odchylono ją ku górze, poczem wycięto znaczną część ścian pęcherza, a moczowody wszyto w pozostałą część tylnej ściany pęcherza, którą połączono z tylnem ujściem cewki.

b) Przypadek **raka pętli esowatej** u 20-letniego mężczyzny, u którego najpierw założono odbyt sztuczny, a w 6 tygodni później usunięto guz doszczętnie przez udostępnienie miednicy małej skutkiem przepiłowania spojenia łonowego i odchylenia płatu mięśniowo-kostnego ku górze.

c) Preparaty **kamieni żółciowych,** usuniętych operacyjnie.

d) **Kamień moczowy,** który utkwił w moczowodzie, wywołując niedrożność i przerost warstwy mięsnej moczowodu.

e) **Kamień nerkowy,** stanowiący dokładny odlew miedniczki i kielichów nerki, usunięty przez nefrotomię.

f) **Gruczoł krokowy przerosły,** który wywoływał zastój moczu z wzniesieniami ciepłoty do 41,8°, usunięty drogą śródpęcherzową.

g) Chorego **z przykurczeniem uda po zapaleniu szpiku,** u którego po usunięciu martwaka występuje zupełne rozmiękanie kości.

2) Dr Radliński przedstawia chorą, u której z powodu raka skórnego grzbietu ręki dokonał **pokrycia plastycznego** płatem skórnym, wziętym z przedniej powierzchni klatki piersiowej.

W dyskusyi nad demonstracyami zabierają głos: Prof. Kostanecki, Dr Gertler, Prof. Ciechanowski.

3) Prof. Rosner przedstawia a) okaz śródbrzusznego **włókniako-mięśniaka więzadła obłego,** ważący 4850 gr, usunięty operacyjnie. b) Chorą **z przetoką odbytniczo-pochwową**, powstałą »intra coitum«.

4) Przewodniczący odczytuje zaproszenia na Wystawę przeciwgruźliczą w Częstochowie, na V. Zjazd ginekologów w Petersburgu (od 22—28 października), wreszcie na zwiedzenie Domu Altvater w Freiwaldau.

5) Prezes przedkłada imieniem Komitetu projekt regulaminu Towarzystwa, opracowany na zasadzie referatu kol. Ciechanowskiego przez komisyę statutową (Prof. Ciechanowski, Dobrowolski i Kostanecki) i przyjęty przez Ko-

mitet Towarzystwa. Po uwzględnieniu poprawki, wniesionej przez kol. Banneta, uchwalono regulamin jednomyślnie w następującem brzmieniu:

I. Postanowienia ogólne.

§ 1. Towarzystwo lekarskie krakowskie ma na celu utrzymanie się na równi z dzisiejszym stanem nauki lekarskiej, przykładanie się do jej postępu, obznajamianie zagranicy z polskiem piśmiennictwem lekarskiem, zbliżanie do siebie osób, poświęcających się zawodowi lekarskiemu, utrzymanie godności powołania oraz obronę interesów stanu lekarskiego.

§ 2. Towarzystwo nosi miano: »Towarzystwo lekarskie krakowskie«, którem oznaczoną jest pieczęć, mieszcząca prócz tego na sobie dwa berła w połączeniu z laską Eskulapa, wężem obwiniętą.

§ 3. Towarzystwo lekarskie krakowskie, założone w r. 1866, jest od r. 1909 autonomicznym oddziałem Towarzystwa lekarzy galicyjskich. (§ 5. ustawy Tow. lek. gal.).

II. Skład Towarzystwa.

§ 4. Towarzystwo lekarskie krakowskie składa się z członków *a*) czynnych, *b*) korespondentów, *c*) dożywotnich; członkowie tych trzech kategoryi są zarazem członkami Towarzystwa lekarzy galicyjskich i do nich stosują się §§ 2, 3, 4 ustawy tegoż Towarzystwa.

d) Tytułem członka honorowego Towarzystwa lekarskiego krakowskiego mogą być przez Towarzystwo lekarskie krakowskie odznaczone osoby, zasłużone w nauce lub około dobra Towarzystwa. (§ 65 ustawy Tow. lek. gal.).

e) Tytuł członka korespondenta Towarzystwa lekarskiego krakowskiego mogą uzyskać lekarze zakrajowi bez praw i obowiązków członków Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

§ 5. Przyjmowanie członków do Towarzystwa podlega wogóle postanowieniom §§ 62—65 ustawy Tow. lek. gal.

§ 6. Kandydaci na członków czynnych, korespondentów i dożywotnich zgłaszać się mają do Zarządu Tow. lek. krak. pisemnie; jeżeli Zarząd uzna, że kandydat odpowiada warunkom § 12, wówczas przedstawia go Towarzystwu na najbliższem posiedzeniu do przyjęcia przez głosowanie tajne prostą większością głosów.

Lekarzy wojskowych w czynnej służbie przyjmuje Towarzystwo bez balotowania.

§ 7. Na członków honorowych przedstawia kandydatów Zarząd Towarzystwa. Wybór odbywa się na jednem z następnych posiedzeń bez dyskusyi przez głosowanie tajne większością $^{2}/_{3}$ głosujących.

§ 8. Wystąpienie, wykreślenie i wykluczenie z Towarzystwa określają §§ 66 do 73 ustawy Tow. lek. gal. z tą zmianą, że Zarządowi Towarzystwa lek. krak. przysługują w zakresie § 66 do 72 tej ustawy prawa Rady zawiadowczej.

III. Prawa i obowiązki członków.

§ 9. Członkowie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego mają wogóle prawa i obowiązki członków Towarzystwa lekarzy galicyjskich, objęte §§ 6 i 7 oraz 49 do 54, 59 i 66 do 73 ustawy tegoż Towarzystwa.

Wpisowe członków Towarzystwa lek. krak. w kwocie K 20, wpływające do kasy Towarzystwa lek. krak., może Zarząd Towarzystwa rozdzielić na 4 raty kwartalne, a w wyjątkowych wypadkach uwolnić w całości lub częściowo od tej opłaty (§ 6 *c*. i 38 *a*. ustawy Tow. lek. gal.).

Członkowie czynni Towarzystwa lekarskiego krakowskiego opłacają wkładkę roczną w kwocie 36 koron w ratach kwartalnych z góry. W ciągu dwóch pierwszych lat po uzyskaniu dyplomu doktorskiego może być członkom czynnym wkładka roczna zniżona przez Zarząd do kwoty 24 koron, płatnych w ratach kwartalnych z góry.

Z opłacanych przez członków czynnych wkładek rocznych przypadają 2 korony rocznie do funduszu pensyjnego i zapomogowego Towarzystwa lekarzy galicyjskich (§ 41 B. *b*) i C. *b*) ustawy Tow. lek. galic.). Skarbnik Towarzystwa lekarskiego krakowskiego wypłaca kasie tych funduszów (za pośrednictwem administracyi »Przeglądu lekarskiego«) z końcem każdego kwartału czwartą część rocznej opłaty do tych funduszów (§ 42 ustawy Tow. lek. gal.), to jest po 50 hal. za każdego członka czynnego co kwartał.

Członkowie honorowi zamiejscowi lub nie lekarze oraz tytularni korespondenci Towarzystwa lekarskiego krakowskiego wolni są od wszelkich opłat.

§ 10. Członka czynnego, nie płacącego przez pół roku wpisowego lub wkładek, wezwie pisemnie skarbnik do uiszczenia zaległości; zalegających z wkładkami pomimo upomnień przez rok ma Zarząd prawo wykreślić.

§ 11. Nieskazitelność charakteru jest warunkiem przyjęcia i należenia do Towarzystwa. Wykroczenia w tej mierze, jakoteż nieprzyzwoite zachowanie się na posiedzeniach Towarzystwa, nieprzyjazne występowanie przeciw niemu, a wreszcie niekoleżeńskie postępowanie, pociągnąć mogą za sobą wykluczenie z Towarzystwa stosownie do § 71 i 72 ustawy Towarzystwa lek. gal.

§ 12. Każdy członek ma prawo do obrony moralnej ze strony Towarz. lek. krak. w sprawach, dotyczących jego czci i dobrej sławy, w granicach, ustawami krajowemi zakreślonych.

§ 13. Każdy członek Tow. lek. krak. ma prawo korzystać z lokalu, czytelni, biblioteki, zbiorów i pracowni Towarzystwa w sposób, określony odpowiednimi regulaminami. Co do wprowadzenia gości obowiązują przepisy takiesame, jak co do udziału gości w posiedzeniach (§ 31.).

IV. Urzędy Towarzystwa.

§ 14. Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Wybiera: A) z pośród swych członków czynnych na dorocznem posiedzeniu wyborczem, bez dyskusyi nad osobami kandydatów, przez głosowanie tajne, prostą większością głosujących:

a) Zarząd, złożony z 9 członków, z których 6 z trzechletnim, a 3 z jednorocznym okresem urzędowania;

b) Komisyę kontrolującą, złożoną z 2 członków, na rok jeden;

c) 5 członków Komisyi redakcyjnej »Przeglądu lekarskiego« na rok jeden;

d) przewodniczących stałych komisyi Towarzystwa, na rok jeden;

B) z pośród zaś członków czynnych Towarzystwa lek. krak. lub Towarzystwa lek. galicyjskich:

a) dwóch delegatów do Rady zawiadowczej Towarzystwa lekarzy galic. na rok jeden (§ 9 ustawy Tow. lek. gal.);

b) delegatów na Walne Zgromadzenie Towarzystwa lek. galic. w sposobie i liczbie, określonych § 35 i 36 ustawy Tow. lek. gal., na rok jeden;

c) jednego członka Komisyi kontrolującej Tow. lek. galic. na rok jeden.

Wybory uzupełniające za urzędników, ustępujących przed końcem swojej kadencyi, mogą się odbyć na resztę kadencyi na każdem posiedzeniu Towarzystwa.

§ 15. Zarząd Tow. lek. krak. tworzą: prezes, wiceprezes, sekretarz doroczny, wybrani na rok jeden — oraz sekretarz stały, skarbnik, bibliotekarz, gospodarz domu, redaktor »Przeglądu lekarskiego«, administrator »Przeglądu lekarskiego«, wybrani na trzy lata.

W posiedzeniach Zarządu biorą nadto udział delegaci do Rady zawiad. Towarzystwa lekarzy galic., o ile zostali wybrani z grona członków czynnych Tow. lek. krak., zamieszkałych w Krakowie, oraz przewodniczący stałych komisyi Towarzystwa z głosem stanowczym w sprawach, dotyczących ich zakresu działania.

Z urzędników, wybranych na 3 lata, ustępują kolejno: w pierwszym roku skarbnik i gospodarz domu, w drugim roku bibliotekarz i sekretarz stały, w trzecim roku redaktor i administrator »Przeglądu lekarskiego« i t. d.

Urzędnicy ustępujący mogą być ponownie wybrani.

Urzędy prezesa, wiceprezesa, sekretarza stałego, skarbnika oraz członków Komisyi kontrolującej wyłączają się wzajemnie; administrator »Przeglądu lek.« nie może być równocześnie członkiem komisyi kontrolującej. Zresztą zaś mogą być dwa urzędy łączone w jednej osobie, ale w takim przypadku przysługuje wybranemu członkowi Zarządu na posiedzeniach jego tylko jeden głos.

§ 16. Posiedzenia Zarządu odbywają się o ile możności co miesiąc, w razie potrzeby częściej. Komplet tworzy 5 członków Zarządu (nie licząc delegatów do Rady zawiadowczej, ani przewodniczących komisyi), wliczając w to przewodniczącego. Uchwały zapadają prostą większością; w razie równości rozstrzyga przewodniczący.

§ 17. Prezes wraz z sekretarzem stałym reprezentują Towarzystwo na zewnątrz i podpisują wszelkie pisma od Towarzystwa.

Prezes układa porządek dzienny posiedzeń Towarzystwa, zwołuje je i przewodniczy na nich, zwołuje i przewodniczy na posiedzeniach Zarządu i przeprowadza tworzenie stałych i czasowych komisyi.

Wiceprezes zastępuje w razie potrzeby prezesa i dopomaga mu w jego czynnościach.

Sekretarz stały zawiaduje archiwum aktów Towarzystwa, prowadzi wszelką korespondencyę i dokładny spis członków Towarzystwa wszelkich kategoryi, wystawia dyplomy członkom, podpisując je wraz z prezesem, i układa sprawozdania doroczne z czynności Towarzystwa; w razie nieobecności prezesa i wiceprezesa przewodniczy na posiedzeniach.

Sekretarz doroczny spisuje i układa celem ogłoszenia drukiem protokoły posiedzeń Towarzystwa, które zatwierdza prezes, a następnie Towarzystwo na najbliższem posiedzeniu. Sekretarz doroczny zastępuje w razie potrzeby sekretarza stałego i dopomaga mu w jego czynnościach.

Skarbnik zawiaduje kasą Towarzystwa, załatwiając wszelkie wypłaty za asygnacyą, podpisaną przez prezesa; układa i przedstawia doroczne sprawozdania kasowe i budżet na rok następny.

Bibliotekarz zawiaduje księgozbiorem i innymi zbiorami Towarzystwa, składając z ich stanu i swych czynności sprawozdanie doroczne.

Gospodarz domu zawiaduje domem Towarzystwa, składając doroczne sprawozdanie z wydatków i dochodów domu.

Administrator »Przeglądu lekarskiego« zawiaduje administracyą tego pisma.

§ 18. Komisya kontrolująca zbiera się przynajmniej raz w rok, (a to w miesiącu styczniu przed posiedzeniem sprawozdawczem), celem sprawdzenia rachunków skarbnika Towarzystwa oraz administratora »Przeglądu lek.«. Z czynności swych zdaje komisya sprawę na dorocznem posiedzeniu sprawozdawczem.

§ 19. Komisya redakcyjna »Przeglądu lekarskiego«, złożona z redaktora, jako przewodniczącego, administratora, dalej prezesa i skarbnika Towarzystwa, oraz 5 członków, wybranych przez Towarzystwo, załatwia samodzielnie wszelkie sprawy tego czasopisma według uchwalonego przez siebie regulaminu.

§ 20. Komisye stałe lub czasowe, wyznaczone do szczegółowych czynności, składają się z przewodniczącego, wybranego przez całe Towarzystwo z grona członków czynnych, i z zaproszonych przez Zarząd Tow. na propozycyę przewodniczącego komisyi członków, którymi mogą być także osoby, do Towarzystwa nie należące.

Komisye mają prawo przybierać dalszych członków, których potem zatwierdza Zarząd Towarzystwa i mogą sobie wybierać odpowiednich urzędników. Sekretarzem komisyi może być tylko członek czynny Towarzystwa.

Prezes i wiceprezes Towarzystwa mają prawo wglądania w czynności komisyi.

Komisye czasowe zdają Towarzystwu sprawę ze swych czynności po spełnieniu swego zadania, stałe zaś na dorocznem posiedzeniu sprawozdawczem.

§ 21. Delegaci do Rady zaw. Tow. lekarzy gal. zdają sprawę ze swych czynności przynajmniej raz w rok na posiedzeniu sprawozdawczem, a delegaci na Walne Zgromadzenie Tow. lek. gal. po każdem Walnem Zgromadzeniu Tow. lek. gal. na najbliższem posiedzeniu Tow. lek. kr.

V. Posiedzenia Towarzystwa.

§ 22. Posiedzenia zwyczajne Towarzystwa odbywają się wogóle według § 25—30 ustawy Tow. lek. gal. — Odbywają się one z reguły dwa razy na miesiąc, a mianowicie we środy po 1 i po 15 każdego miesiąca, albo w też dni, gdyby na środę przypadały, w razie zaś potrzeby także w inne środy miesiąca. Miesiące lipiec, sierpień i wrzesień mogą być od posiedzeń wolne.

§ 23. Przedmiotem posiedzeń, po odczytaniu i zatwierdzeniu protokołu z poprzedniego posiedzenia i po załatwieniu bieżących spraw administracyjnych, są wykłady i demonstracye z zakresu nauk lekarskich i z lekarskiemi w ścisłym związku będących, oraz obrady w sprawach sanitarnych i higieniczno-społecznych w tej kolei, w jakim je na porządku dziennym zapisano.

Demonstracye chorych i okazów ulegających zepsuciu mogą się za zezwoleniem przewodniczącego i w porządku przezeń oznaczonym odbyć na posiedzeniu, chociaż nie są objęte ogłoszonym poprzednio porządkiem dziennym. Demonstracya, nieobjęta porządkiem dziennym, nie może przekraczać 10 minut.

§ 24. Na ostatniem posiedzeniu grudniowem odbywają się wybory urzędników Towarzystwa.

§ 25. Pierwsze posiedzenie styczniowe, które musi się odbyć przed Walnem Zgromadzeniem Tow. lek. gal., jest dorocznem posiedzeniem sprawozdawczem, którego przedmiotem są sprawozdania wszystkich urzędników Towarzystwa, wnioski, przedłożone przez Zarząd i przez inne urzędy Towarzystwa i wnioski naglące członków.

§ 26. Posiedzenie nadzwyczajne zwołać może w razach nagłych w którymkolwiek dniu prezes według własnego uznania, albo na uzasadnione żądanie przynajmniej 5 członków czynnych Towarzystwa.

§ 27. Do kompletu posiedzenia potrzeba obecności przynajmniej 15 członków czynnych Towarzystwa. Uchwały zapadają prostą większością głosów z wyjątkiem spraw, dotyczących majątku nieruchomego i rozwiązania Towarzystwa. Do ważności uchwał w tych sprawach potrzeba bowiem obecności przynajmniej połowy członków czynnych Towarzystwa i większości $^{2}/_{3}$ obecnych, uprawnionych do głosowania. W razie braku kompletu, potrzebnego w tych sprawach, zwołuje prezes w dwa tygodnie później drugie posiedzenie z dokładnie ogłoszonym porządkiem dziennym, którego uchwały ważne są już bez względu na ilość obecnych członków Towarzystwa.

§ 28. Głosowania w sprawach osobistych odbywają się zawsze tajnie, każde inne zaś musi odbyć się tajnie, jeśli tego zażąda 5 członków.

§ 29. Obrady i wykłady na posiedzeniach odbywają się w języku polskim; wyjątkowo, jeżeli mowca nie włada językiem polskim, może użyć innego za wyraźnem upoważnieniem przez prezesa.

§ 30. Jako goście mogą uczestniczyć w posiedzeniach Towarzystwa (z uwzględnieniem przepisów § 29 ustawy Tow. lek. gal.) uczniowie medycyny i osoby nie należące do Towarzystwa, zaproszone przez Prezydyum, lub wprowadzone za zezwoleniem Prezydyum przez członków czynnych.

VI. Organ Towarzystwa.

§ 31. Organem Towarzystwa lek. krak. jest tygodnik »Przegląd lekarski«, będący jego własnością; zarazem jest »Przegląd lekarski« jednym z organów Tow. lek. gal., a może być także organem innych Towarzystw i ciał lekarskich, jeśli pod tym względem nastąpi porozumienie z Towarzystwem lek. krak.

§ 32. Sprawami »Przeglądu lekarskiego« zawiaduje samodzielnie Komisya redakcyjna (§ 20).

§ 33. Towarzystwo lekarskie krakowskie dostarcza każdemu z członków czynnych i korespondentów całego Towarzystwa lek. galic. po jednym egzemplarzu »Przeglądu lekarskiego« na warunkach, określonych § 57 ustawy Towarzystwa lek. galic.

§ 34. Niezależnie od »Przeglądu lekarskiego« może Towarzystwo lek. krak. wydawać inne czasopisma samodzielnie lub wspólnie z innemi Towarzystwami lub ciałami lekarskiemi.

VII. Majątek Towarzystwa.

§ 35. Oprócz udziału we wspólnym majątku Towarzystwa lek. galic. posiada Towarzystwo lekarskie krakowskie majątek własny, który się składa: *a)* z funduszu żelaznego; *b)* z funduszu obrotowego; *c)* z funduszów specyalnych.

§ 36. Fundusz żelazny stanowią: *a)* należące do Towarzystwa nieruchomości (dom Towarzystwa); *b)* znajdujący się w nich inwentarz ruchomy; *c)* kapitały, przeznaczone na utrzymanie domu Towarzystwa, zbiorów i pracowni.

Do funduszu żelaznego wpływają dochody, przeznaczone na ten cel uchwałą Towarzystwa lub wolą ofiarodawców.

§ 37. Fundusz obrotowy powstaje: *a)* z wpisowego członków Towarzystwa lek. krak.; *b)* z opłat rocznych członków Towarzystwa lek. krak., resp. z jednorazowych wpłat członków dożywotnich tegoż Tow.; *c)* z darów i zapisów z wyjątkiem tych, które są wyraźnie przeznaczone na fundusz zapomogowy lub pensyjny Tow. lek. galic. (§ 38 *c.* ustawy Tow. lek. gal.) lub na fundusz żelazny Tow. lek. krak.; *d)* z dochodów od kapitałów i nieruchomości Towarzystwa.

Z funduszu obrotowego opłaca Towarzystwo lek. krak. po 2 kor. rocznie od każdego swego członka do kasy Towarzystwa lek. galic. (na fundusz zapomogowy resp. pensyjny tegoż Tow. [§ 10 alinea 4 niniejszego regulaminu] i §§ 41 i 42 ustawy Tow. lek. galic). Z tego też funduszu opłaca Tow. lek. krak. za dostarczane członkom czynnym i korespondentom Tow. lek. krak. egzemplarze obu organów Towarzystwa lek. gal. kwotę, którą ustanowi Walne Zgromadzenie Tow. lek. gal. (§ 57 ustawy Tow. lek. gal.). Kwoty te wypłaca skarbnik Tow. lek. krak. kasie Towarzystwa lek. gal. oraz administracyom pism (za pośrednictwem administracyi »Przeglądu lek.«) w ratach kwartalnych z dołu (§ 10 alinea 4 niniejszego regulaminu).

§ 38. Funduszami Towarzystwa lek. krak. zawiaduje Zarząd Towarzystwa. O przeznaczeniu ewentualnych nadwyżek funduszu obrotowego rozstrzyga uchwała Towarzystwa na dorocznem posiedzeniu sprawozdawczem, prawomocnie prostą większością głosów powzięta. W sprawach, dotyczących majątku nieruchomego,

rozstrzyga uchwała Towarzystwa według postanowień § 28 niniejszego regulaminu.

§ 39. Komisya kontrolująca obowiązana jest przynajmniej raz na rok przedsięwziąć skontrum funduszów i kasy Towarzystwa; nadzwyczajne skontrum może zarządzić prezes Towarzystwa według własnego uznania.

VIII. Zmiany regulaminu.

§ 40. Zmiany niniejszego regulaminu mogą nastąpić tylko na dorocznem posiedzeniu sprawozdawczem i to tylko na wniosek, podany do Zarządu Towarzystwa przynajmniej na 8 tygodni przed tem posiedzeniem, należycie uzasadniony, a poparty przez 5 członków i przedstawiony Towarzystwu z opinią Zarządu.

Do uchwalenia zmiany regulaminu wystarcza zwykły komplet posiedzenia i prosta większość głosów (§ 27).

§ 41. Uchwały, dotyczące regulaminu, podaje Towarzystwo do wiadomości Radzie zawiad. Tow. lek. gal., która może zażądać ich zmiany tylko w takim razie, gdyby stały w sprzeczności z ustawą Towarzystwa lek. galicyjskich.

IX. Rozwiązanie Towarzystwa.

§ 42. Rozwiązanie się dobrowolne Towarzystwa lek. krak. może nastąpić tylko na posiedzeniu umyślnie w tym celu zwołanem po dokładnem ogłoszeniu przedmiotu obrad, z zastrzeżeniem, zawartem w § 27 niniejszego regulaminu.

§ 43. W razie rozwiązania przymusowego lub dobrowolnego przechodzi majątek Towarzystwa lekarskiego krak. na własność Towarzystwa lek galic., a gdyby ono wówczas nie istniało, wtedy całe mienie Towarzystwa przechodzi na własność istniejącej w kraju Kasy wsparcia ubogich lekarzy, wdów i sierót po lekarzach. Gdyby Kasy takiej podówczas nie było, wtedy całe mienie Towarzystwa ma być użyte na utworzenie funduszu stypendyjnego dla uczniów wydziału lekarskiego, Polaków, bez względu na płeć i wyznanie, urodzonych w Galicyi lub W. Ks. Krakowskiem. Stypendya nosiłyby nazwę: »Stypendyum byłego Towarzystwa lekarskiego krakowskiego«. Do stypendyów tych mieliby pierwszeństwo potomkowie byłych członków Towarzystwa, a w drugim rzędzie potomkowie lekarzy Polaków, bez względu na płeć i wyznanie urodzeni w Galicyi.

X. Postanowienia końcowe.

§ 44. We wszelkich, w niniejszym regulaminie wyraźnie nie wymienionych sprawach, obowiązują postanowienia ustawy Tow. lek. galicyjskich.

§ 45. Każdy członek Towarzystwa lek. krak. otrzymuje egzemplarz ustawy Towarzystwa lek. galic. i niniejszego regulaminu i poddaje się wszelkim w nich zawartym postanowieniom.

Sekretarz: Dr Bujak.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Sekcya neurologiczno-psychiatryczna.

Posiedzenie d. 28. października 1909 r.

1. Kol. Steinberg przedstawił 17 l. chorą C. H. która odmrażała sobie ręce i palce i kiści obrzmiewały, sztywniały, chora doznawała bolów w kończynach górnych. Z nastąpieniem ciepłej pory objawy te znikały. Wiosną r. b. chora zauważyła, że dłoń prawa i palec schudły, że ruchy palców są utrudnione, szczególnie manewrowanie drobnymi przedmiotami; poza tem odczuwała chora bole w całej ręce. Badanie wykazało: silny zanik mięśni kłęba i kłębka, międzykostnych i glistowatych; przedramię i ramię prawe o 1 ctm chudsze. Niektóre mięśnie drobne kiści (opponens dig. V.) nie oddziaływają ani na prąd stały, ani na przerywany, po zatem odczynu zwyrodnienia nie otrzymano. Czucie wszelkich rodzajów zachowane. Odruchy na k. g. pr. osłabione. Drżenia włókienkowe nie występują. Poza tem ze strony układu nerwowego zmian niema. Kol. Steinberg rozpoznaje postępujący zanik mięśni pochodzenia rdzeniowego (atrophia musc. progr. spinal.) (Streszczenie własne).

W dyskusyi kol. Goldblum przypuszcza w danym przypadku raczej zapalenie przednich rogów (poliomyelitis anter. chr. adultorum).

2. Kol. Pański przedstawia przypadek **ostrego bezładu typu móżdżkowego,** połączonego z zapaleniem nerwów nietypowo usadowionem. (Ataxia cerebell. acuta et polyneuritis). Dziecko 4-l., zaczęło chodzić, mając rok. Przed miesiącem uskarżało się na bole w kończynach dolnych, wskutek których gorzej chodzi, często potykając się i przewracając. W pierwszym tygodniu choroby była biegunka; po tygodniu dziecko, bawiąc się na podwórzu, przewróciło się i nie mogło się podnieść. Odtąd chodzi, zataczając się, tylko trzymane za rękę, chodzi jako-tako, pozostawione zaś samemu sobie, pada. Z położenia na wznak nie może się samo unieść, ani przełożyć z boku na bok, pozostaje przeto w łóżku stale na wznak. W siedzącej pozycyi utrzymać się może, powstać jednak bez pomocy rąk nie może. Dziecko prawidłowo zbudowane, średnio odżywione, nerwy I, II, VIII. IX normalne. Bolów głowy i wymiotów niema. Gdy dziecko stoi lub chodzi, rozstawia szeroko nogi i zatacza się na bok. Przy zamkniętych oczach znaczny objaw Romberga. W położeniu na wznak unosi dziecko kończyny dolne ku górze dostatecznie wysoko, każdą oddzielnie i razem, przyczem brak bezładu przy otwartych i zamkniętych oczach. Gdy dziecko położyć na ziemi na wznak, nie może ono wyjść z tego położenia pomimo znacznego wysiłku; wstać może dopiero, gdy się je położy na brzuchu: staje ono na rękach i nogach, potem ręce opiera o kolana i unosi tułów ku górze (dziecko nauczyłem tak wstawać, jak wstają chorzy na zanik mięśni postępowy). Siła mięśniowa kończyn dostateczna. Przy ruchach zamiarowych kończyn górnych niema bezładu, ani drżenia zamiarowego. Brak hypotonii. Odruchy kolanowe, ścięgien Achillesa żywe i z obu stron jednakowe, mosznowe i brzuszne górne i dolne żywe. Nieznaczny i niestały objaw Babińskiego i Oppenheima ze str. pr. Czucie na całem ciele zachowane. Czucie mięśniowe nie może być zbadane (dziecko). Mowa powolniejsza, czasami jąkanie się (mowa przed chorobą była zupełnie prawidłowa), oddawanie moczu i stolca prawidłowe. Mięśnie gałek ocznych działają sprawnie, przy skierowaniu wzroku w stronę lewą nieznaczne drżenie gałek. Źrenice oddziaływają na światło i akomodacyę. Tarcza n. wzrokowego lewa więcej przekrwiona, granice niewyraźne. Zaburzeń psychicznych niema. Oddziaływanie mięśni i nerwów kończyn dolnych prawidłowe. Z m. skośnego i prostego brzusznego, jakoteż z mięśni wyprostnych tułowia skurczu otrzymać się nie udało (badanie elektryczne u dziecka niedokładne).

Objawy główne są następujące: raptowne wystąpienie zaburzenia kojarzenia ruchów (ataxia), wyrażające się w trudności utrzymania równowagi w pozycyi stojącej, występujące jeszcze wyraźniej przy chodzeniu lub zamkniętych oczach; niemożność podniesienia się z położenia na wznak lub odwrócenia się z boku na bok; zmiany mowy; drżenie oczu. Raptowne wystąpienie bezładu w staniu i chodzeniu, podobnem do chodu pijanego, przy braku bezładu podczas wykonywania oddzielnych ruchów kończynami dolnemi w położeniu na wznak, nieznaczne zaburzenia mowy, drżenie oczu, wobec braku zaburzeń czuciowych (ataxia spinalis), braku głuchoty, zawrotów głowy, wymiotów (ataxia vestibularis), upoważnia do rozpoznania ostrego bezładu móżdżkowego (ataxia cerebellaris acuta). (O stwardnieniu rozsianem lub chorobie Friedreicha w danym przypadku nie może być mowy). Niemożliwość podniesienia się z położenia na wznak lub wstania z pozycyi siedzącej, jakoteż odwrócenia się z boku na bok przypisać należy osłabieniu mięśni brzucha i mięśni wyprostnych tułowia, powstałemu wskutek rozsianego zapalenia nerwów. Czy krótkotrwała biegunka, spostrzegana w pierwszym tygodniu choroby, była przyczyną zarówno ostrego bezładu, jak i zapalenia nerwów, orzec trudno, aczkolwiek możliwość ta nie jest wyłączona, zwłaszcza wobec tego, iż ta sama przyczyna (n. p. dur) może wywołać każde z tych dwóch cierpień, lub ich kombinacyę. (Streszczenie własne).

Dyskusya: Kol. Goldblum po zbadaniu chorego wyraża przypuszczenie, że kończyny dolne są w stanie niedowładu, że niedowład ten jest przyczyną zaburzeń koordynacyjnych u dziecka przedstawionego, że jest to bezład statyczny w porażonych mięśniach, wobec czego skłonny byłby rozpoznawać w danym przypadku zapalenie przednich rogów rdzenia. — Kol. Zylberlastówna zapytuje, czy w sprawach móżdżkowych występuje objaw Babińskiego. — Kol. Klozenberg przy sposobności przedstawionego przypadku przytacza spostrzegany niedawno przez siebie przypadek, dotyczący jednego z dwojga braci, zapadłych jednocześnie na gorączkową chorobę, prawdopodobnie grypę; oprócz bezładu wybitnie móżdżkowego i drżenia oczu przedmiotowo nic stwierdzić nie było można. Objawy te słabły wraz z opadaniem ciepłoty; po trzech dniach chłopiec, który nie mógł ustać na nogach, chodził zupełnie dobrze po pokoju. Kol. Klozenberg nie przypuszcza, ażeby zapalenie przednich rogów dawało warunki powstawania bezładu nawet statycznego. (Streszczenie własne). — Kol. Pański jeszcze raz omówiwszy rozpoznanie różniczkowe, nie znajduje w przytoczonych objawach możliwości zgodzenia się na rozpoznanie kol. Goldbluma.

3) Kol. Pański przedstawia przypadek **ucisku szyjnej części rdzenia po urazie.** Chory 40-l. przed rokiem spadł ze schodów i zemdlał. Od tego czasu stopniowo rozwija się u niego niedowład górnych i dolnych kończyn. Poważniejszych cierpień, zwłaszcza kiły i gruźlicy nie przebywał. Głowa ustawiona sztywno, ograniczona w ruchach: możliwe są nieznaczne ruchy boczne i lekkie pochylenie głowy naprzód. Głowa i twarz stale zwrócone ku stronie lewej i ku dołowi. Na prawej stronie kręgów (C III—VII), wypuklenie kostno-chrząstkowate, niebolesne przy ucisku. (Badanie kol. Goldmana: wypuklenie o szerokiej podstawie, kostno-chrząstkowej zbitości, niebolesne przy obmacywaniu. Przy wykonywaniu ruchów głowy wyczuwa się i słyszy drobne trzeszczenie). Podnoszenie barków bardzo nieznaczne. Ruchy w stawie łokciowym, w dłoni i palcach ograniczone. Kończyny górne zgięte w łokciu i przyciągnięte do tułowia; palce rąk zgięte, wyprostowanie palców jest niemożliwe. Nieznaczny zanik mięśni pasa barkowego i dłoni. Chód kurczowo-porażny. Odruchy ścięgniste żywe. Obustronne drganie stóp, objawu Babińskiego niema. Odruch mosznowy lewy słaby, prawego brak. Odruchy brzuszne górne czasami występują, dolnych niema wcale. Brak zaburzeń czucia. Oddawanie moczu prawidłowe. Zaparcie stolca. Prawa źrenica szersza, niż lewa. Szpara oczna prawa wydaje się węższą, niż lewa. Język nie zbacza. Na rentgenogramie widoczne jest znaczne wygięcie szyjnej części kręgosłupa w stronę prawą i nadżarcie 2-go i 3-go kręgów szyjnych (kol. Steinberg).

Objawy kliniczne ze strony kończyn są pochodzenia mieszanego: zależne są one od zmian w nerwach obwodowych (zaniki mięśniowe) i od ucisku rdzenia. Powstanie cierpienia po urazie i miejscowe zmiany w kręgach szyjnych wskazują na potrzebę interwencyi chirurgicznej. (Streszczenie własne).

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Ogólny wiec lekarzy austryackich celem zaprotestowania przeciw rządowemu projektowi ustawy o dentystach odbędzie się w Wiedniu z początkiem listopada. Myśl wiecu podała Izba lekarska wiedeńska, a przychyliły się do niej już także obie nasze Izby galicyjskie. R.

Nowe »Koło« Krajowego Związku lekarzy powstało w Przemyślu. Lekarze przemyscy odbyli w d. 25. X. pod przewodnictwem Dr M. Dolińskiego zebranie, na którem po wysłuchaniu referatu delegata Wydziału Związku uchwalono jednomyślnie do Związku przystąpić. R.

Protest przeciwko nowej niemieckiej ustawie o ubezpieczeniu rządowem robotników wysłały do Rady związkowej uniwersytety w Erlangen, Fryburgu, Giessen, Würzburgu, Heidelbergu, Jenie, Lipsku, Rostocku i Strassburgu, jakoteż 72 profesorów z innych uniwersytetów. Protest domaga się wprowadzenia wolnego wyboru lekarza, granicy ubezpieczenia przy dochodzie 2000 marek, jakoteż wprowadzenia izb rozjemczych i komisyi badania posad, złożonych na pół z przedstawicieli kas i lekarzy. X.

Szpitalnictwo prowincyonalne w Królestwie, a samorząd. W Towarzystwie popierania przemysłu i handlu w Kaliszu przedstawił poseł Parczewski referat »O szpitalach i zakładach dobroczynnych w stosunku do projektu samorządu, na tle stosunków gubernii kaliskiej«. Jak wiadomo, projekt samorządu oddaje zarząd zakładami dobroczynnymi instytucyom samorządowym wyłącznie w dwóch miastach: w Warszawie i w Łodzi. W innych miastach pozostać mają stosunki dzisiejsze. Poseł Parczewski, zastrzegłszy się co do wartości przyszłego samorządu, zaznaczył, że jednakże mniejszem złem będzie przekazanie spraw szpitalnictwa i dobroczynności samorządowi miejskiemu, aniżeli pozostawienie ich w dzisiejszym stanie. Referent poddał krytyce całą dzisiejszą gospodarkę w szpitalach i zakładach dobroczynnych w obrębie gub. kaliskiej. Dość wymienić parę przykładów: powiatowe miasto. Koło już w r. 1907 miało z zapisów fundusz 25,000 rb. na budowę szpitala, a jednak dotąd go nie posiada. Gdyby funduszem owym rozporządzały nie biurokratyczne sfery, lecz samodzielnie działająca instytucya, niewątpliwie Koło oddawna miałoby szpital. W Kaliszu ciężary obywateli miejskich na utrzymanie szpitala w przeciągu kilku ostatnich lat powiększyły się dziesięćkroć, że zaś liczba właścicieli chrześcian zmniejsza się, przeto w najbliższej przyszłości cały ciężar utrzymania szpitala spada na barki kilkudziesięciu ludzi. Oprócz tego referent cyframi udowodnił, że w ciągu lat kilkunastu z rubryki szpitala św. Trójcy rada gubernialna przenosiła sumy na utrzymanie innych instytucyi. (Gazeta warsz. Nr 290). R.

Co do ochrony młodocianych robotników i kobiet pracujących pozostawiają ustawy austryackie, zdaniem Hofmokla, wiele do życzenia. Dzień roboczy dla robotników młodocianych nie powinien przekraczać 10 godzin, a koniecznie powinien być krótszy przynajmniej o godzinę od pracy starszych w danej gałęzi. Zarządy fabryk nie powinny przyjmować pracy robotników młodocianych poza godzinami przepisanemi. Młodzi pracownicy powinni prócz godziny na obiad, mieć także po pół godziny wolnej przed i po południu. Co do pracy kobiet, to także praca ich nie powinna przekraczać 10 godzin tak ze względu na zdrowie, jak i na obowiązki rodzinne. Z tych też powodów fabryki w Niemczech przedłużają zamężnym robotnicom godzinę obiadową, by mogły one rodzinie coś ugotować. Dzieci i kobiety powinny być od pracy nocnej wyłączone. Po porodzie robotnica powinna mieć przynajmniej 6 tygodni odpoczynku i powinny być zaprowadzone premie za karmienie. X.

Praca nocna. W Niemczech dążą obecnie energicznie do usunięcia pracy nocnej w piekarniach. W Norwegii, Włoszech, Szwajcaryi i t. p. w wielu miastach wprowadzono już w życie ograniczenie pieczenia do godziny 10 wieczór i publiczność nie narzeka na pieczywo. Natomiast stan zdrowotny piekarzy przez to znacznie się poprawia. X.

Fałszowanie środków spożywczych odbywa się w Peszcie na szeroką skalę, zarówno jak sprzedaż zepsutych. W jednym miesiącu musiano tam zniszczyć 1651 kg. mięsa cielęcego, 1641 baraniego, 859 wołowego, 298 wieprzowego, 4357 sztuk raków, 2460 sztuk jaj, 391 wątróbek gęsich, 145 kg. ryb, 9960 kg. owoców i 100.000 litrów mleka. Wliczone są tu tylko artykuły, sprzedawane w publicznych halach targowych! X.

Ile godzin snu potrzebuje dziecko? Na Zjeździe dla higieny szkolnej twierdził Schelly, że 8-letnie dziecko potrzebuje 12 godzin snu, 10-letnie 11, 15-letnie 10 godzin, a 19-letni młodzieniec 9 godzin. Challon wyznacza dla dzieci 10—12-letnich $10^1/_2$ godzin snu (i to od $8^1/_2$ wieczorem do 7 rano), a dla młodzieży 16—18-letniej 9—10 godzin. X.

Częstość chorób wenerycznych. Ciekawe zestawienie znajduje się w statystyce wojska pruskiego. Mianowicie badania wykazały, że z rekrutów tem więcej jest zakażonych wenerycznie,

im z większego miasta pochodzą, np. z Berlinczyków było zakażonych 41·3%, z mieszkańców miast ponad 100000 — 15·8%, powyżej 50.000 — 10·2%, powyżej 25.000 — 8·0%, ze wsi — 4·4%. X.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 16. X. do 22. X. 1910 zgłoszono przypadków: błonicy 12 † 1 (w tem obcych 7 † 1), ospy wietrznej 2, płonicy 9, odry 25, duru brzusznego 1 † 2 (1 † —), czerwonki 1 † 1 (1 † 1), róży 1 † 1 (1 † 1).

Dr Janiszewski.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w d. 26. X. b. r., przedstawił Dr Eisenberg preparaty bakteryi z »angina Plaut-Vincent«; w dyskusyi przemawiał Dr Spira. Dr A. Kwaśnicki miał wykład: »Klinika cholery«, a Dr Janiszewski wykład: »Profilaktyka cholery«.

— Kalendarz lekarski krakowski na rok 1911 ukaże się z druku około połowy listopada.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Bolesław Maciszewski, rodem ze Lwowa.

— Na Wydział lekarski zapisało się 418 zwyczajnych i 16 nadzwyczajnych słuchaczów, oraz 26 zwyczajnych i 1 nadzwyczajna słuchaczka, ogółem 461.

— Hr. Helena Mierowa, mieszkająca stale w Wiedniu, ofiarowała pół miliona koron na szpital Czerwonego Krzyża we Lwowie.

— Sejm przyjął sprawozdanie Wydziału kraj. o budowie zakładu dla obłąkanych w Kobierzynie i uchwalił zezwolić Radzie pow. w Buczaczu na zaciągnięcie pożyczki 300.000 kor. na budowę szpitala.

Warszawa. Towarzystwo przeciwgruźlicze warszawskie, utrzymujące »przychodnię« (dyspensatoryum, o którego działalności podaliśmy swego czasu wiadomość), ma 8.784 rb. funduszów zakładowych i rezerwowych, a wydało w r. 1909 na przychodnię 972 rb., na utrzymanie chorych w sanatoryach 193 rb., na urządzenie stacyi dezynfekcyjnej w Otwocku 95 rb. Do Rady Towarzystwa wybrano na zgromadzeniu w d. 21. X. z lekarzy Dr Alfr. Sokołowskiego i Dr O. Hewelkego.

— Częstochowskie ludowe Muzeum higieniczne walczy z trudnościami z powodu braku funduszów na utrzymanie Muzeum i ciążącego na budynku długu 3000 rb.

Z różnych stron. Nagrodę Nobla otrzymał w roku bieżącym fizyolog prof. Kossel z Heidelberga.

— Według gazet finlandzkich rząd rosyjski odmawia systematycznie wypłaty funduszów na szpitale (i inne cele filantropijne i kulturalne), wskutek czego zamknięto już część szpitali w Tamerforsie i Kajanie. Ma to być odwet za to, że sejm finlandzki odmawiał kredytów na projekty rządowe(!).

— W Towarzystwie lekarzy rosyjskich w Moskwie oświadczyła Dr Michajłowa, »że nieobecność rosyjskich lekarzy na międzynarodowym zjeździe ginekologów nie może być tłómaczona przez przypadek, jak np. nieznajomość języka, lecz była świadomym bojkotem zjazdu, który przez osobistość organizatora, prof. Otta, miał bardzo niesympatyczny, niespołeczny charakter«.

— W Ameryce dotąd wolno było w sądach oskarżonemu obierać sobie swojego znawcę lekarza. Ponieważ jednak wiodło to do nadużyć, a owi »znawcy« nie mieli nieraz pojęcia o medycynie sądowej, a nieraz o medycynie w ogólności, przeto obecnie oskarżony wybierać może znawców, ale z listy przedłożonej przez sąd. X.

— Pani Dr Hatfield w Nowym Jorku założyła »Towarzystwo matek dla zwalczania całowania małych dzieci«, a to w celu uchronienia zakażania dzieci chorobami zaraźliwemi przez obcych. X.

— Przetwór »606« wyrabiany być ma fabrycznie pod nazwą »alwaran« i wydawany w rurkach szklanych w dawkach ½ do 1 grama. Cena jednego wstrzyknięcia wypadnie na kilka marek. X.

— Podług statystyki Niemiec warstwy średnie wydają ze swych dochodów 45·5% na życie, z czego (na 100% licząc) 18·7% na mięso, 5·8% na wędliny, 16·2% na chleb, 10·1% na mleko, 6·7% na alkohol i t. p. Na lekarzy zaś (nie wliczając kas chorych i ubezpieczeń) 1·9%. X.

— Wileńska szkoła położnych przy szpitalu św. Jakóba przyjmowała w latach poprzednich 50% żydówek. Często jednak bywało ich nawet i więcej, gdyż nie wszystkie chrześcijanki mogły płacić po 50 rb. rocznie i występowały w połowie roku, żydówki zaś uczęszczały do końca, bo prócz lachu chodziło im, nawet może więcej, o zdobycie prawa zamieszkania poza granicami osiadłości. W tym zaś roku, wskutek okólnika ministra oświaty o procentowem ograniczeniu przyjmowania żydów do szkół, liczba przyjętych przyjętych żydówek do szkoły wynosi zaledwo 3. X.

Mianowani: asystentami Uniw. Jagiell.: Dr W. Podłęski (dentystyka), H. Malarski (chemia lek.), W. Bujak i K. Dadej (pedyatrya), J. Kostrzewski i Z. Wachtel (klinika lek.), I. Borowiecki (psychiatrya), T. Kurkiewicz (histologia); Dr Władysław Wyhowski dyrektorem szpitala w Krośnie.

Zmarli: Dr Władysław Paszkiewicz, asystent oddziału chirurgicznego szpitala św. Rocha w Warszawie w 33 r. ż.; padł ofiarą zawodu, zakaziwszy się przy operacyi.

Dr Feliks Głogowski, założyciel i b. prezes, następnie członek honorowy Towarzystwa lekarskiego w Lublinie, w Lachowcach w Lubelskiem w 82 r. ż.

Higienista prof. Forster w Strassburgu, anatom doc. Laccetti w Neapolu.

Redakcya otrzymała: L. Korczyński: 1) Über die wichtigsten neuen Untersuchungsmethoden zur Prüfung der Pankreasfunktion. »Wiener klin. Wochens.« 1910. 2) Therapeutische Erfahrungen mit dem Ehrlich-Hataschen Arsenprepärate bei Erkrankungen innerer Organe syphilitischen Ursprunges. »Österr. Ärzte Ztg.« 1910. — Nowicki W.: 1) Dalsze badania doświadczalne nad stosunkiem nadnercza do nerki. »Tygodn. lek.« 1910. — 2) La substance chromaffine et les reins. »Archives de med. exper.« 1910. — I. H. Wright: The Histogenesis of the Blood Platelets. »Journ. of. Morph.« 1910.

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in zwölf Monatsheften. Zeszyt X. Monachium, Lehmann. Cena 3 M. 50 f. (cały rocznik 16 M.).

Postępy nauki o chorobach zakaźnych, bakteryologii i higieny, oto treść ostatniego zeszytu »Kursów lekarskich«. Choroby zakaźne opracował prof. Jaksch, ograniczając swój temat do zebrania szczegółów, zdobytych w r. 1909, a odnoszących się do krztuśca, chorób osutkowych, grypy, duru brzusznego, chorób podzwrotnikowych, zimnicy, tężca, wreszcie gruźlicy. W drugiej części zeszytu pomieścił prof. Fraenkel rozprawę o nadwrażliwości, dającą jasne pojęcie o obecnym stanie tej sprawy, oraz rozprawę o durze brzusznym i pokrewnych mu chorobach. Przedstawienie obu tych tematów, w zakresie których poczyniono w ostatnich czasach znaczne zdobycze, powitane będzie z uznaniem przez wielu lekarzy-praktyków, nie mogących z natury rzeczy śledzić na własną rękę całego ogromnego ruchu na tem polu. Z.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w październiku 1910.

Gazeta lek. Nr 41 (poświęcony Zjazdowi chirurgów polsk.): A. Ciechomski: Przypadek mięsaka czerniaczkowego, W. Dobrowolski: W sprawie leczenia nowotworów złośliwych okrężnicy. Hubicki i Szerszyński: O wpływie na wątrobę i przewody żółciowe połączenia pęcherzyka z kiszką. J. Jaworski: O krwotokach pochodzenia przymiotowego. F. Kijewski: O zapaleniu uchyłka Meckela. Kryński: Stwardnienie krezki, jako postać kliniczna. S. Karp-Rotermund: Leczenie wakcyną specyficzną przewlekłych zapaleń dróg żółciowych. Z. Sławiński: W sprawie leczenia rozszerzeń żylnych kończyny dolnej. — Nr 42—43. Kozerski (dok.). (42). — Chojko: Spostrzeżenia nad moczówką cukrową oraz przegląd odnośnego piśmiennictwa polskiego. (42—43). — Hornowski i Pruszyński: Ś. p. Andrzej Obrzut. (43). — Messing: Wągrowe zapalenie miękkich opon mózgu i rdzenia. (43).

Medycyna i Kronika lek. Nr 41 (poświęcony Zjazdowi chir. polsk.): Biehler: Metale zaczyny i ich zastosowanie w chirurgii. A. Mincer: O usuwaniu gruczołu krokowego. A. Tuchendler: O rozpoznawaniu spraw chorobowych przełyku. Szlajfsztajn: W sprawie przecinania krtani. B. Jakimiak: Nowe sposoby odkażania skóry pola operacyjnego i rąk. S. Gurbski: Zatrucie maścią szkarłatową. S. Kopczyński: W sprawie wskazań do trepanacyi. H. Higier: Zabiegi chirurgiczne w przelotnych cierpieniach opon mózgu i rdzeniu. — Nr 42—43. Wilczyński (dok.). (42). — Halpern (dok.). (42). — M. Biehler: O wysypkach występujących u dzieci po szczepieniu ospy ochronnej. (43). — W. Sterling: Istota histeryi w świetle nowoczesnych teoryi psychologicznych. (43).

Tygodnik lekarski Nr 40—43. Ziembicki W.: (dok.). (40—41). — Chłapowski (dok.). (40). — Zubrzycki J.: Przypadek uszypułowanego włókniaka sromu. (41). — Hornowski: Nowsze poglądy na miażdżycowe twardnienie tętnic. (41—42). — Spira: O częstości i znaczeniu chorób usznych u dzieci i o zadaniu lekarza usznego w szkole. (42—43). — Zubrzycki: Kliniczne spostrzeżenia nad wyjaławianiem skóry nalewką jodową. (43).

Nowiny lekarskie Nr 10: Wrzosek i Maciesza (dok.). — Rosenhauch: Nowsze badania nad etyologią jaglicy. — Hornowski: O miażdżycowem twardnieniu tętnic (atherosclerosis) ze szczególnem uwzględnieniem tętnicy płucnej, o samoistnych i doświadczalnych schorzeniach tętnic u zwierząt i o wzajemnym stosunku tych procesów. — Jaworski: Wpływ menstruacyi na sferę nerwo-psychiczną kobiety. — Nowakowski: W sprawie opieki nad kalekami w W. Ks. Poznańskiem.

Pamiętnik Tow. lek. warsz. Z. III.: Barach: Włókna Dürcka w ścianach naczyń krwionośnych, ich rola i zmiany, jakim ulegają przy miażdżycy naczyń.

Neurologia polska. Z. II.: Babiński i Barré: Przyczynek do sprawy przymiotu rodzinnego. — Bornstein i Sterling (dok.). — Chodźko: Psychozy kiłowe pod względem klinicznym.

Zdrowie Nr 10: — XXV-lecie »Zdrowia«. — Serkowski i Tomczak: O wpływie soli na bakterye »zatrucia« mięsnego. — W sprawie zapobiegania cholerze. — W. Puławski: Chata wiejska a choroby zakaźne. — K. Tokarski: Działalność lecznicza zakładu w Nałęczowie. — Knappe (c. d.).

Kronika dentyst. Nr 10. M. Krakowski (dok.).

Głos lekarzy Nr 20. Mikołajski: Eksperymenty lekarskie. — Starzewski J.: Z kongresu międzynarodowego dobroczynności publicznej w Kopenhadze. — Ankieta międzynarodowa w sprawie kary śmierci (c. d.).

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.